Rok XLV. Kraków 30 Czerwca 1906. Nr 26.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: krakowskiego i galicyjskiego oraz Towarzystwa lekarzy polskich w Chicago.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

O krwotokach utajonych przewodu pokarmowego.

Według wykładu w Tow. Lek. krak. w dniu 21 marca 1906.

Napisali

Prof. W. Jaworski i Dr P. B. Korolewicz.

Do tego czasu zwracaliśmy uwagę na krwotoki w przewodzie pokarmowym dopiero wtedy, jeżeli treść żołądkowa lub kał były czerwono lub czarno zabarwione, albo też gdy ciemniejszy lub szary ich kolor nasuwał przypuszczenie domieszki barwika krwi. Jeszcze w r. 1889 wprowadzał jeden z nas krew bydlęcą do żołądka ludzi, aby się przekonać, jakiej ilości jej potrzeba, by wydobyta treść żołądkowa i kał przybrały zabarwienie, świadczące o obecności barwika krwi; kontrolę wykonywano przez otrzymanie kryształów heminy. Owczesne próby wykazały, że 0·1—0·2 c³ krwi, wprowadzone do żołądka, dawały w treści żołądkowej słabo dostrzegalne ślady zabarwienia krwawego; a po wprowadzeniu 5 do 10 c³ krwi kał przybierał barwę nieco ciemniejszą. Krwotoki tego rodzaju, dla oka jeszcze dostrzegalne, nazwano jawnymi (*haemorrhagiae manifestae*).

W ostatnich latach zrobiono w kierunku poznania krwotoków znaczny postęp. Metodami ulepszonemi, które niżej opiszemy, powiodło się wykryć krwotoki do przewodu pokarmowego jeszcze tak małe, że zmiany barwy treści żołądkowej i kału przez oglądanie nie można dostrzedz. Krwotoki takie nazywają się utajone (*haemorrhagiae occultae*). Jednak i krwotoki utajone mają swe granice, albowiem można je wykryć w kale dopiero wtedy, jeżeli do przewodu pokarmowego dostanie się przynajmniej 3 gm krwi (A Weber). Na doniosłe znaczenie krwotoków utajonych zwrócił uwagę Boas w r. 1903. Ostrzegają one lekarza o obecności spraw chorobowych w przewodzie pokarmowym, kiedy one nie zdradzają się jeszcze krwotokami jawnymi.

Krwotoki, pochodzące z jamy ust i gardła, jako też z odbytu, można od zewnątrz dostrzedz, przeto przy ocenieniu krwotoków utajonych można je wyłączyć i nie wchodzą w rachubę. Pozostają przeto krwotoki utajone, pochodzące z przełyku, żołądka i jelit, aż do zgięcia esowatego, a które zwracają uwagę lekarza na to, że w wymienionych miejscach znajdują się zmiany chorobowe, wiodące do krwotoków. Zrozumialszem to będzie, jeżeli kolejno przytoczymy choroby, w którycheśmy, jako też inni autorowie, dostrzegali krwotoki utajone.

Nasz materyał kliniczny obejmuje dotąd przeszło 72 chorych i znaczną liczbę osób ze zdrowym przewodem pokarmowym, u których wykonywano doświadczenia. Wogóle wykonano 151 badań treści żołądkowej i 639 badań stolca na krew utajoną.

Jeżeli istnieje utrudnienie w połykaniu, czy też zwężenie przełyku wskutek nowotworu, to w kale może się pojawić krwotok utajony, jak to w jednym przypadku raka przełyku zauważyli Boas i Kochmann. My w trzech przypadkach broczącego raka przełyku, znajdującego się w dwu przypadkach w odległości 27 cm. od zębów, znaleźliśmy w jednym krew utajoną (2 badania kału), a w dwóch nie (3 badania kału), a w dwóch przypadkach zwężenia wpustu znaleźliśmy krew utajoną w obu (4 badania kału). Wykrycie krwotoku utajonego w zwężeniu przełyku jest uzupełnieniem badania zapomocą zgłębnika, gdyż potwierdza, że zwężenie pochodzi od rozpadającego się nowotworu. Należy jednak badać kał co do krwotoku utajonego, nim rozpoczyna się badanie zgłębnikiem. O krwotokach utajonych w przebiegu wrzodów lub żylaków przełyku wiadomości dotąd nie mamy.

W chorobach żołądka zauważono krwotoki utajone tak w treści żołądkowej, jak i w kale. Mianowicie znajdowano (Boas, Schmilinsky, Schloss, Clemm, Koziczkowsky) stale w każdym stolcu, a często i w treści żołądkowej krew utajoną w przebiegu raka żołądka, a nie znaleziono jej w chorobach, których odróżnianie od raka żołądka sprawia trudności, jakoto: nieżyt żołądka i niedomoga wydzielnicza (*achylia* i *achloria gastrica*). Boas podaje, że na 124 przypadków raka żołądka znajdował stale w 107, a Joachim na 18 przypadków raka żołądka 17 razy krew utajoną w stolcach. My na 8 przypadków niewątpliwych raka żołądka znaleźliśmy we wszystkich krew utajoną w kale; tylko w jednym przypadku na 10 badań kału nie było jej raz jeden, zaś na 4 przypadki raka żołądka badanie treści żołądkowej wykryło w dwóch krew utajoną, a w dwóch jej nie było.

Wynika stąd, że w podejrzanych przypadkach raka żołądka należy badać przedewszystkiem kał co do krwi utajonej i to dla ostrożności jeszcze, zanim się użyje zgłębnika żołądkowego. Krew utajona w kale w przypadkach raka żołądka ma jeszcze tę właściwość, że pomimo środków leczniczych i dyetetycznych nie znika, jak to się zwykle dzieje we wrzodzie okrągłym żołądka.

Badanie krwi utajonej w treści żołądkowej daje wyniki mniej pewne, aniżeli badanie kału, gdyż przez manipulacye zgłębnikiem powstają łatwo uszkodzenia błony śluzowej żołądka, wskutek czego powstają sztucznie objawy utajonego krwotoku żołądkowego.

W niektórych chorobach żołądka zauważano (Boas, Ewald, Hartmann) tylko czasowe pojawianie się krwi utajonej tak w treści żołądkowej, jak i w kale. Do tych chorób należą: wrzód okrągły, zwężenie bliznowate odźwiernika i skurcz odźwiernika (*spasmus pylori*); nie spostrzegano zaś krwotoków utajonych w nieżycie kwaśnym, nadmiernem wydzielaniu kwasu solnego, w samoistnem rozszerzeniu i w nerwicach żołądka. Widocznie w pierwszym szeregu chorób przechodzi czasami krew do jelit i ukazuje się w kale, natomiast nie ma jej często, chociażby tego spodziewać się należało, w treści żołądkowej. Przemawia to za łatwiejszem dostawaniem się krwi z odźwiernika do jelit, aniżeli do żołądka. W przypadkach więc, w których odróżnienie wrzodu żołądka od nerwicy jest trudne, badanie kału co do krwi utajonej jest bardzo pożądane. Ewald twierdzi nawet, że badanie krwi utajonej w kale w przypadkach przypuszczenia wrzodu okrągłego dozwala obejść się zupełnie bez badania zgłębnikiem żołądkowym.

Obecność krwi utajonej w stolcach chorego na wrzód okrągły ma bardzo ważne znaczenie w rokowaniu. Dopóki krew utajona w kale się znajduje, dopóty nie można uważać wrzodu za zabliźniony. Stąd i dla leczenia wynika wskazówka, że dopóty należy je stosować, aż krew utajona nie zniknie, chociażby chory podmiotowo czuł się zupełnie dobrze.

W naszych badaniach jednego niewątpliwego przypadku wrzodu okrągłego, bez powikłań przebiegającego, nie znaleziono krwi utajonej w treści żołądkowej, natomiast na 9 badań kału znaleziono ją 5 razy.

W 3 przypadkach zwężenia odźwiernika po niewątpliwym wrzodzie żołądka nie znaleźliśmy ani razu krwi utajonej w treści żołądkowej; w dwóch z tych przypadków nie znaleźliśmy jej i w kale (25 badań), natomiast w trzecim przypadku znaleziono ją na 3 badania kału, trzy razy.

W 2 przypadkach typowego sokotoku (kwaśność 124) nie znaleźliśmy krwi utajonej ani w treści żołądkowej (8 badań), ani w kale (6 badań).

Rak i wrzód dwunastnicy zachowują się podobnie, jak w żołądku, sprawiając krwotoki utajone w kale, jak to spostrzegali Boas i Kochmann. Z braku materyału nie mieliśmy sposobności przekonać się o tem.

Co do głębszych odcinków jelit dotychczasowe spostrzeżenia nie są jeszcze tak liczne, aby z nich można wnioski wysnuwać.

Należałoby się spodziewać, że przy owrzodzeniach jelit będą stolce zawierały krew utajoną. W trzech przypadkach wrzodów gruźliczych jelit, gdzie objawy kliniczne przemawiały za gruźlicą jelit, a w kale stwierdzono prątki gruźlicze, nie mogliśmy wykazać krwi utajonej.

W raku jelit znalazł Boas na 27 przyp. 6 razy krew utajoną. Ewald w jednym przypadku niewątpliwego raka jelit nie miał dodatniego wyniku, a nasze spostrzeżenia w tym kierunku są niepewne ze względu na niepewność rozpoznania.

W 3 przypadkach biegunki nieżytowej nie znaleźliśmy krwi utajonej, w 5 przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego nie było krwi utajonej w kale, tak samo w jednym przypadku zwężenia jelit wskutek zrostów otrzewnych pooperacyjnych.

W jednym przypadku raka wątroby znalazł Boas w kale krew utajoną, a to z powodu tego, że pierwotne ognisko znajdowało się w żołądku. My również w dwóch przypadkach raka wątroby znaleźliśmy krew utajoną; w jednym z nich, sekcyjnym, znajdował się na krzywiźnie małej guzek wielkości bobu. W jednym przypadku sekcyjnym raka trzustki z przerzutami do wątroby nie znaleźliśmy w 2 pierwszych stolcach krwi utajonej, w następnych 2 znajdowała się, a w 2 ostatnich wystąpił krwotok jawny.

W kilku przypadkach kamicy żółciowej tak Joachim, jak i my nie znaleźliśmy krwi utajonej w kale. W jednym przypadku zapalenia żyły wrotnej (*thrombopylephlebitis*) spostrzegał Ewald w kale krew utajoną.

W durze brzusznym krwotoki utajone zdarzają się prawdopodobnie często i poprzedzają krwotoki jawne. Dlatego należałoby stolce chorych na dur badać co do krwi pilnie. W jednym przypadku duru brzusznego znaleźliśmy krew utajoną w kale, poczem nastąpił krwotok jawny i zejście śmiertelne. W dwóch zaś przypadkach, w których stolce były twarde, nie było w nich krwi utajonej, ani krwotoku kiszkowego w przebiegu choroby. — W dwóch przypadkach plamicy (*purpura simplex*), znaleźliśmy krew utajoną w stolcach, a w trzecim był krwotok jawny. W jednym przypadku pęcherzycy złośliwej jamy ustnej, nie było krwi utajonej w kale.

Z dotychczasowych spostrzeżeń wynika, że stwierdzenie krwotoku utajonego w przewodzie pokarmowym nie wystarcza wprawdzie do rozpoznania sprawy chorobowej i jej siedziby, lecz wobec innych objawów klinicznych jest bardzo ważną wskazówką rozpoznawczą, a często ostrzegającą. Co do znaczenia kontroli zabiegów leczniczych przez wykrywanie krwotoków utajonych, to przytacza Boas ze swego doświadczenia, że leżenie w łóżku i dyety mleczne, stosowane we wrzodzie żołądka sprawiają zniknięcie krwi utajonej w kale już po 3—5 dniach. Okłady ciepłe we wrzodzie żołądka przyśpieszają krwotoki utajone, a podawanie soli bizmutowych wstrzymuje krwotoki utajone żołądka na tak długo, jak długo się ten lek choremu podaje.

Poszukiwania krwi utajonej w stolcach i w treści żołądkowej wykonywaliśmy w sposób, podany przez H. Webera: Około 3 grm badanego kału lub treści żołądkowej rozrabiano z 5 grm wody przekroplonej, do czego dodawano $^1/_3$ objętości kwasu octowego zgęszczonego (dla wytworzenia kwaśnej hematyny) i kłócono około 2 minut w probówce. Następnie nalewano 10 c³ eteru zwyczajnego (dla wyługowania barwika krwi) i kłócono przez 3 minuty. Po odstaniu się mieszaniny (dodatek kilku kropel wyskoku przyśpiesza wyjaśnienie cieczy), gromadzi się w górze prawie bezbarwny wyciąg eteryczny barwika krwi, który odlany do probówki bada się przez dodanie doń szczypty (kilku pyłków) świeżo potłuczonej żywicy gwajakowej lub kilku kropel świeżo z niej przygotowanego nastoju wyskokowego (*tra resinae guajaci*), poczem dodaje się jeszcze 10 kropel 3% rozczynu wody utlenionej (*hydrogenium peroxydatum*). Natenczas przy obecności barwika krwi tworzą się dwie warstwy w rurce: dolna wodna niebieskawa lub ciemnoniebieska, stosownie do ilości barwika krwi, a górna eteryczna fiołkowoniebieska. Zamiast wody utlenionej można użyć, jak to już i dawniej polecano, 10 kropel starego olejku terpentynowego (*ol. terebinthinae vetus*). Wtedy powstanie po wstrząśnieniu tylko jednostajne zabarwienie nie-

bieskawe lub fiołkowoniebieskie jako dodatni odczyn barwika krwi. Sposób ten wypróbowali i używali wszyscy autorowie (Boas, Kochmann, W. Clemm, C. Ewald, Hartmann, Joachim, Kuttner, Scherr, O. Schloss i inni), którzy zajmowali się badaniem krwi utajonej w stolcach. Autorowie ci uważają ten sposób za niedwuznaczny i najpewniejszy dla celów klinicznych. Jest on ulepszoną metodą terpentynowo-gwajakową v. Deena, którą z powodu dwuznaczności i niepewności zarzucono, a która przez wytworzenie wyciągu octowo-eterycznego sposobem Webera odzyskała znaczenie. Aczkolwiek opisaną próbę wszyscy wymienieni autorowie dla badania kału uznali za pewną i niedwuznaczną, przeprowadzaliśmy i z naszej strony dla wyłączenia pomyłek cały szereg prób, jakie ostrożność nakazuje. Rozumie się samo przez się, że wyłączyliśmy możliwość krwotoków z jamy ust, gardła i odbytu. Wypróbowaliśmy czułość próby Webera przez rozcieńczanie krwi, przyczem okazało się, że wynik dodatni pojawia się jeszcze w rozcieńczeniu 1:25,000; natomiast w rozcieńczeniu 1:200,000, jak to Hartmann twierdzi, nie daje odczynu. Następnie zbadaliśmy cały szereg w klinice używanych potraw, napojów i leków co do ich wpływu na tę próbę. Okazało się, że nie dają zabarwienia niebieskiego, ani fiołkowego według naszych poszukiwań: żółć ludzka (z pęcherzyka żółciowego), białko kurze surowe i gotowane, żółtko kurze surowe i gotowane, mleko słodkie, śmietanka słodka surowa i gotowana, mleko i śmietana kwaśna, woda wodociągowa krakowska, herbata czysta, kawa czarna, kawa biała, kakao na mleku, rosół kaszką zasypany, barszcz, zupa kminkowa; ser, masło, słonina, buraki gotowane, jabłka surowe, marchew gotowana, szpinak gotowany, ziemniaki gotowane, bułka, kompot z jabłek i śliwek, kapusta kwaśna gotowana, liście roślinne surowe, liście roślinne gotowane, kalafior gotowany, sałata w occie, ryż gotowany, sago gotowane, makaron, kluski z jajami, chleb Grahama.

Natomiast wyraźny odczyn dają: wszystkie pieczone mięsa (pieczenie), potrawka z kury i cielęcia, szynka wędzona, móżdżek smażony, wędzonka, a z leków chlorek żelazowy i siarkan żelaza (*ferrum sesquichloratum*, *sulfuricum*), pigułki Blauda, tryferyna, ferratyna, jako też przetwory odżywcze mięsne i hemoglobinowe. Nie dają odczynu bismut (*magisterium bismuthi*), tanoform, tannigen. Pokarmy i leki te przed badaniem treści żołądkowej albo kału co do krwi utajonej należy z dyety wykreślić. To też przy poszukiwaniach krwi utajonej u chorych klinicznych stosowaliśmy dyetę, która mieściła tylko pokarmy, niedające odczynu krwi utajonej. Robiliśmy jednak i próby badania kału co do krwi utajonej u ludzi zdrowych, którym podawaliśmy tak pokarmy, jak i przetwory żelaza (*ferrum sesquichloratum*), dające odczyn krwi utajonej i przekonaliśmy się, że w takim kale próba gwajakowa, jako też niżej opisana próba aloinowa albo wcale znamiennego zabarwienia nie dawała, albo tylko ślad zabarwienia fiołkowoniebieskiego lub bladoróżowawego (aloina). Stąd też wynika, że w tych przypadkach, w których nie można zastosować dyety niezawierającej krwi utajonej, można także badać kał co do krwi utajonej; jednak tylko wtedy należy uważać próbę za dodatnią, jeżeli pojawi się zupełnie wyraźne zabarwienie niebieskie w warstwie dolnej, a wyraźne fiołkowe w warstwie górnej przy zastosowaniu wody utlenionej, a zabarwienie wyraźnie niebieskie lub fiołkowoniebieskie przy użyciu olejku terpentynowego; przy użyciu zaś aloiny wyraźne zabarwienie czerwonowiśniowe warstwy dolnej.

Sądzimy wogóle, że próba H. Webera w poszukiwaniach krwi utajonej w treści żołądkowej i w kale przy zachowaniu wskazanych przez nas ostrożności daje wyniki zupełnie pewne.

Zamiast dodawać żywicy gwajakowej lub jej nastoju do wyciągu octowo-eterycznego (zob. wyżej) dodawaliśmy przy każdem badaniu kału lub treści żołądkowej do osobnej porcyi wyciągu octowo-eterycznego szczyptę proszku żywicy aloin-barbados, jak to polecił Rossel, a za nim inni. Przy użyciu tej żywicy i dodaniu wody utlenionej powstaje w warstwie dolnej zabarwienie żywo-wiśniowo-czerwone, a przy dolaniu starego olejku terpentynowego to samo zabarwienie w całej cieczy. Aloina jest równie czułym odczynnikiem krwi, jak żywica gwajakowa, gdyż według naszych doświadczeń daje zabarwienie różowe jeszcze w rozcieńczeniu wodnem krwi 1:26,000. Z tego też powodu daje aloina z niektórymi pokarmami zabarwienie jeszcze bladowiśniowe, z którymi żywica gwajakowa nie daje zabarwienia niebieskiego; do nich należą: kakao gotowane, mleko kwaśne, białko surowe, żółtko surowe i gotowane.

Z innymi, wyżej w ustępie o żywicy gwajakowej wymienionymi istotami, n. p. żółcią ludzką, aloina nie daje wiśniowego zabarwienia, natomiast silniej zaznacza się zabarwienie aloiną wobec pokarmów, wobec których (szynka, pieczenie) ta żywica daje odczyn dodatni.

W naszych przypadkach sprawdzaliśmy zawsze wynik, uzyskany przy użyciu żywicy gwajakowej, i zapomocą żywicy aloinowej. W wątpliwych przypadkach rozstrzygał rzecz odczyn żywicy gwajakowej, jako mniej czuły, a zatem w kierunku dodatnim najpewniejszy. Wobec wielkiej czułości tych prób należy przy wykonywaniu pracy zachować pod każdym względem jak największą czystość i ostrożność.

Do kłócenia mieszaniny w celu otrzymania wyciągu octowo-eterycznego polecają niektórzy, jak Hartmann, lejek z kurkiem (*Scheidetrichter*), inni probówki, przytkane korkiem gumowym. Ze względów praktycznych używaliśmy zwykłych rurek odczynnikowych, a przytykaliśmy je przy kłóceniu wielkim palcem, na który poprzednio wkładaliśmy palec gumowy. Unika się w ten sposób zanieczyszczeń, co zdarza się przy użyciu lejka, lub pękania probówek przy zatykaniu korkiem. Rurki odczynnikowe, w których się próbę z wyciągiem przeprowadza, powinny być wymyte alkoholem, eterem i wodą przekroploną, a następnie wysuszone. Każde bowiem zanieczyszczenie, jako też najmniejszy ślad wody może dać błędne wyniki, lub wpłynąć szkodliwie na czułość odczynu.

Próby krwi mają znaczenie tylko w treści żołądkowej, wydobytej na czczo, po śniadaniu próbnem (z bułką), lub białku. Po obiedzie próbnym są one bez wartości z powodów, powyżej podanych. W przypadkach chorobowych, gdzie pokarmy zalegają w żołądku, należy jednego dnia na noc przepłukać żołądek, na drugi dzień podać dyetę bezmięsną i dopiero na trzeci dzień na czczo wydobyć treść i w wydobytej treści zastoinowej przeprowadzić próby. Zgłębnika używać należy ostrożnie, by uniknąć krwotoku sztucznie wywołanego, któryby mógł potem być źródłem mylnego zapatrywania na sprawę chorobową. Próbę wykonuje się w wy-

ciągu, otrzymanym wprost z treści, poprzednio dokładnie zmieszanej, a nie z przesączu lub pozostałości na sączku. Jeżeli w treści wydobytej znajdują się gołem okiem dostrzegalne smugi krwi, skrzepy krwawe, lub gdy treść cała jest krwawo zabarwiona, wówczas odpada badanie krwi utajonej, gdyż krwotok jest jawny, już to sztucznie wywołany, już to samorodny, wywołany zmianami chorobowemi. Za treść, zawierającą krew utajoną, uważamy taką, w której ani gołem okiem, ani pod drobnowidem nie można się dopatrzeć żadnych śladów krwi.

Przy badaniu stolców trzymaliśmy się również pewnych stałych przepisów. Przy stolcach płynnych należy poprzednio całą jednorazowo oddaną treść kałową w czystem naczyniu dokładnie wymieszać i z niej wziąć odpowiednią część do badania; do papkowatego lub zbitego stolca należy dodać odpowiednią ilość wody przekroplonej, dokładnie z nią rozrobić całą ilość naraz oddanego stolca i z 3—5 grm tej mieszaniny sporządzić wyciąg octowo-eteryczny. Naturalnie chodzi tu o stolce takie, które ani zabarwieniem swem, n. p. smołowo-czarnem, nie wzbudzają przypuszczenia krwotoku, ani pod drobnowidem nie wykazują składników krwi. Stolce te mają zwykłe właściwe prawidłowemu kałowi zabarwienie żółtobrunatne.

Zamiast żywicy gwajakowej i aloinowej polecił Adler jako odczynnik krwi dodawanie do wyciągu octowo-eterycznego benzydyny (dwuamido-dwufenyl, $H_2N—C_6H_4—C_6H_4NH_2$), sprawiającej przy obecności barwika krwi zabarwienie zielone. Czułość tego odczynnika (1:200,000) jest zadziwiającą. Doświadczenia nasze z tym odczynnikiem, którego szczyptę wprost wsypywaliśmy do wyciągu octowo-eterycznego, pod względem zachowania się względem pokarmów i kału są chwiejne i niejasne, a ażeby módz wysnuwać pewniejsze wnioski z tej próby, potrzeba dalszych badań. Nasze więc wnioski kliniczne nie opierają się na zachowaniu stolców wobec benzydyny, lecz wobec żywicy gwajakowej i aloiny.

Piśmiennictwo. Boas J. *a)* Ueber okkulte Magenblutungen. Deut. med. Woch., 1901, Nr 20. — *b)* Ueber die Diagnose des Ulcus ventriculi. Deut. med. Woch., 1903, Nr 47. — *c)* Ueber occulte Magen- und Darmblutungen. Volkmann's klin. Vorträge, 1905, Nr 387. — Boas i Kochmann. Archiv f. Verd.-Krankh., 1902, T. VIII, S. 45. — Clemm W. Aus verborgenen Quellen stammendes Blut im Stuhl und im Mageninhalt itd. Archiv f. Verd.-Krankh., 1904, T. X, Z. 4. — Ewald C. A. Blut und Blutungen bei Verdauungskrankheiten. Berl. klin. Woch., 1906. Nr 9 i 10. — Hartmann. Ueber Anwendung und diagnostische Verwertung der Weber'schen Blutprobe bei occulten Magen- und Darmblutungen. Archiv f. Verd. Krankh., T. X, Z. 1, 1904. — Joachim G. Ueber die Bedeutung des Nachweises von Blutspuren in den Fäces Berl. klin. Woch., 1904, Nr 18. — Kuttner L. Ueber Magenblutungen und besonders etc. Berl. klin. Woch., 1895, Nr 7, 8, 9. — Rossel O. Beitrag zum Nachweis von Blut etc. Deut. Archiv f. klin. Med., 1903, T. 76, S. 505. — Schloss O. Weitere Erfahrungen über Nachweis u. Vorkommen von „occulten Magenblutungen". Archiv f. Verd.-Krankh., 1904, T. X, Z. 3. — Schmilinsky. Bemerkungen zum Nachweis und der Bedeutung makroskopisch nicht erkennbarer Blutbeimengungen etc. Münch. med. Woch., 1903, Nr 49. — Siegel M. Ueber den Nachweis von Blutfarbstoff in den Fäces. Münch. med. Woch., 1905, Nr 33. — Weber H. Ueber den Nachweis des Blutes in dem Magen und Darminhalt. Berl. klin. Woch., 1893, Nr 19. — E. v Koziczkowsky. Beiträge zur Methodik der klinischen Stuhluntersuchung. Deut. med. Woch. 1904, Nr 33.

Patologiczne mechanizmy trzeciego okresu porodu.

Napisał
Dr Adolf Wątorek.

(Ciąg dalszy.)

Niebezpieczne dla matki nie są więc te przypadki, w których macica z jakichkolwiek powodów nie może do ostateczności się ściągnąć, ale przedewszystkiem te, w których mechanizm zatrzaskowy nie działa, t. z., że macica, raz zwinięta do pewnego punktu, z łatwością się rozwija. Przyczyny tego zjawiska mogą pochodzić z dwóch źródeł: 1) Brak lub przytępienie pobudliwości mięśnia macicy na bodźce, wywołujące skurcze (do których to bodźców należą wszystkie takie czynniki, które usiłują rozciągnąć zwiniętą macicę, n. p. krew, sącząca się w jamie macicy nawet w razach fizyologicznych, wobec czego działalność mięśnia macicy jest za słaba. 2) zmniejszenie lub brak tarcia międzytkankowego. Która z tych dwu przyczyn ma poważniejsze znaczenie dla występowania krwotoków? Czy istotnie sam niedowład macicy względnie brak pobudliwości wywołuje krwotok?

Z niedowładem wtedy się spotkamy, gdy bole okresowe albo zupełnie ustaną na pewien przeciąg czasu, albo też powtarzają się z prawidłową siłą, ale w znacznie dłuższych odstępach czasu, albo wreszcie, gdy trwają krótko i są słabe. Otóż spostrzeganie kliniczne, szczególnie przypadków poronień dwuczasowych, a także tak zw. „przyrośnięcia łożyska", wykrywa często zupełne ustanie na pewien przeciąg czasu wszelkiej czynności porodowej; pomimo tego, jak wyżej wspomniałem, krwawienia nie ma, jeżeli tylko macica, ściągnięta poprzednimi bolami, pozostaje trwale obciśniętą około popłodu. Naodwrót: są przypadki takie, w których skurcze mięśnia i samoistne i sztucznie wzniecane łatwo powstają, a mimo to macica, w czasie skurczu twarda, łatwo wolnieje, wśród czego kobieta silnie krwawi.

A zatem „niedowład" we właściwem tego słowa znaczeniu nie może mieć większego wpływu na niedopisywanie mechanizmu zatrzaskowego ściągania się tak, że istotnie musi się przyjąć zmniejszenie się tarcia międzytkankowego, jako oczywistą przyczynę łatwego rozwijania się uprzednio ściągniętej macicy. Na czemże to zmniejszenie się tarcia międzytkankowego polegać może? Na pytanie to odpowiedziećby można chyba tylko następującem przypuszczeniem: Oto w przypadkach takich, gdzie włókna mięsne i inne składniki tkankowe nie odrazu dostają się w swe ostateczne ugrupowanie pod wpływem stanów skurczowych mięśnia tak, że skurcz macicy tylko chwilowo może zmniejszyć jamę macicy, a skoro ustanie, macica wraca z łatwością do rozmiarów, jakie miała przed bolem, prawdopodobnie wkradł się błąd w kierunek dążenia blaszek mięsnych w czasie skurczu, czyli że macica w czasie skurczu fałszywie się ściąga, blaszki mięsne fałszywie się układają. Jakie powody mogą tu odgrywać rolę, które z nich są najczęstsze, nie zawsze da się ściśle określić. Obwinić o to możnaby: blizny, wychodzące z otrzewnej wskutek uprzednio przebytych zapaleń okołomacicznych, sięgające w głąb mięśnia, dalej bliznowate zmiany tkanki łącznej międzymięśniowej, wychodzące ze zmian błony śluzowej, albo włókniaczki śródmięśniowe; dalej, być może, zwyrodnienie mięśni w otoczeniu blizn pooperacyjnych, albo zmiany chorobowe w utkaniu ścian macic, które przed ciążą były nieprawidłowo ułożone, wreszcie wady rozwojowe. Stanowczą odpowiedź może dać tutaj spostrzeganie kliniczne i statystyka, w tym kierunku na wielkiej liczbie przypadków przeprowadzona. W pewnej liczbie przypadków spostrzega się tylko miejscową niezdolność ścian macicy do ściągania się, a mianowicie w tych przypadkach, w których łożysko usadowiło się głównie w rogu macicy około ujścia jajowodu. Typowy brak zdolności do wszelkiego ściągania się okazuje trąbka przy ciąży jajowo-

dowej. Wspomnieć należy, że także nadmiar potoku (*hydramnios*, najczęściej spotykany przy ciąży bliźniaczej), rozciągnawszy w czasie ciąży blaszki mięsne daleko poza granice fizyologiczne, staje się powodem wadliwego ściągania się macicy w czasie połogu.

Zależnie od przyczyn, dalej zależnie od stopnia błędu w ściąganiu się, wreszcie zależnie od sił samoobrony ustroju, t. j. mniejszej lub większej pobudliwości macicy na skurcze, błąd w ściąganiu się wywołać może w połogu większe lub mniejsze zaburzenie, t. j. krwotok. Do wyjątków atoli należą mojem zdaniem takie przypadki, gdzieby nawet po dłuższym czasie blaszki mięsne w swe prawidłowe miejsce dostać się nie mogły, czyli gdzieby ściągnięcie się do ostateczności było niemożliwe.

W ten sposób załatwiłbym się z wyjaśnieniem istoty zaburzenia, niewłaściwie ochrzczonego nazwa: „niedowład macicy“, zaburzenia, wywołującego t. zw. niewłaściwie „krwotoki atoniczne“ w połogu. Aby uniknąć nieporozumień, należałoby ukuć nowe nazwy dla określenia tego zaburzenia, nazwy, odpowiadające więcej rzeczywistemu stanowi rzeczy.

Stan, nazwany przez Ahlfelda: „Dauercontraction“, powinien nosić nazwę: „Dauerretraction“, t. zn. trwałe ściągnięcie się macicy, a nie „trwały skurcz macicy“. Zamiast przymiotnika „trwały“ zaproponowałbym w polskim języku lepiej istocie rzeczy odpowiadający wyraz: „ustalony“, a więc: „ustalone ściągnięcie się macicy“, (Dauerretraction), w przeciwieństwie do „ściągnięcia się macicy nieustalonego“, określając tą nazwą ten stan, który dotychczas nazywaliśmy fałszywie: „niedowładem macicy połogowej“, t. j., gdzie ściany macicy, ściągnięte do pewnego punktu, z łatwością ulegają rozwinięciu. To „ustalone ściągnięcie się macicy“, może być „zupełne“ lub „niezupełne“, zależnie od tego, czy składniki tkankowe doszły już do swych ostatecznych siedzib tak, iż pojemność macicy stała się najmniejszą, czy też nie. Przypuściwszy, że silny skurcz mięśnia zdoła opróżnioną z popłodu jamę macicy ściągnąć do najmniejszych rozmiarów, jednakowoż blaszki mięsne nie dostały się przytem na właściwe swe miejsce tak, iż po ustaniu bolu macica łatwo rozwija się, to tu będzie „zupełne ściągnięcie się macicy“ jednak „nieustalone“. Również „niezupełne ściągnięcie się macicy“ może być „nieustalone“ w razie, jeżeli macica łatwo się rozwija.

Nazwę: „niedowład macicy połogowej“ należy pozostawić dla określania tych tylko przypadków, w których jest upośledzenie pobudliwości mięśnia macicy, a wskutek tego osłabienie czynności macicy.

Krótko mówiąc: W określaniu poszczególnych obrazów klinicznych w połogu trzeba uwzględnić nietylko różne stany czynności mięśnia macicy, ale także różne stany ugrupowania mięśnia macicy.

Np. każdy krwotok poporodowy, bez względu na jego bliższą przyczynę, byle nie pochodził ze zranienia części rodnych niewiasty, nazywaliśmy dotychczas: „krwotokiem atonicznym“. Jeżeli przyjmiemy moje żadanie, musimy dażyć do tego, aby w każdym przypadku ściśle określić, czy dany krwotok poporodowy z miejsca łożyskowego jest następstwem: 1) nieustalenia — w czasie skurczu — zupełnego ściągnięcia się macicy, czy 2) niezupełnego ściągnięcia się macicy, czy 3) niezupełnego i nieustalonego ściągnięcia się macicy, a nadto, czy owe stany są powikłane niedowładem mięśnia macicy.

Oczywiście umożliwienie ścisłego określenia danego zaburzenia w połogu położy kres dotychczasowemu szablonowi rozpoznawczemu, a przez to samo zmusi nas do planowego wyboru stosownej metody leczenia danego zaburzenia.

Mnie nadto ścisłe określanie różnych stanów ugrupowania mięśnia macicy posłuży do krótkiego, a ścisłego opisu różnych postaci krwotoków w trzecim okresie. (C. d. n.)

Z Zakładu dentystycznego Uniw. Jag. w Krakowie pod kierunkiem Prof. Dra W. Łepkowskiego.

O środkach miejscowo znieczulających w dentystyce (z uwzględnieniem najnowszych).

Podał

Dr Adam Kozaczka,

asystent zakładu.

Zabiegi dentystyczne należą wprawdzie do zabiegów krótkotrwałych, ale bardzo bolesnych. Nabawiają one często lekarza tem większego kłopotu, że bardzo wielu ludzi jest pod tym względem szczególnie wrażliwych. To też odkąd dentystyka jako odrębna gałąź medycyny istnieje, używano najróżniejszych sposobów znieczulania, próbowano mnóstwa środków miejscowo i ogólnie znieczulających, a nadto ucisku (*Druckanaesthesie*), prądu elektrycznego, poddawania, muzyki, światła, i t. d. Do ogólnego uśpienia, które w dentystyce do dziś dnia ma jeszcze wielu zwolenników, używano chloroformu, eteru, bromku etylu (60 prc.), chlorku metylu (35 prc.), somnoformu (t. j. mieszaniny 60 prc. chlorku etylu, 35 prc. chlorku metylu i 5 prc. bromku etylu), gazu rozweselającego, pentanu i t. d. Anglia, a specyalnie Londyn został wierny gazowi rozweselającemu, którego tam używają bardzo często i to bez żadnych skrupułów. Natomiast gdzieindziej wszędzie z czasem znacznie ograniczono stosowanie w dentystyce uśpienia ogólnego, przedewszystkiem ze względu na związane z niem niebezpieczeństwa. Zresztą wymaga ono zawsze dłuższego czasu, odpowiedniej (ustawą nakazanej) asysty, i to wprawnej, badania ogólnego chorego przed uśpieniem i dłuższej opieki po narkozie. Zarówno niebezpieczeństw, jak i wspomnianych niedogodności unika się przy znieczuleniu miejscowem.

Do znieczulenia miejscowego z początku używano ucisku, stosowano prąd elektryczny, wprawdzie bez wielkiego powodzenia, jednak był to w każdym razie już krok naprzód. Później używano i do dziś dnia używa się znieczulania przez zamrażanie czy to eterem, czy chlorkiem etylu. Wielkim postępem było wynalezienie przez Niemanna i wprowadzenie przez Kollera w r. 1886 do medycyny (okulistyki) kokainy, jako środka miejscowo znieczulającego. Wnet potem zaczęto ją stosować i w dentystyce i to najpierw w postaci zewnętrznego nacierania błon śluzowych rozczynami 10 do 20 prc., a nawet silniejszymi. Jednym z największych zwolenników takiego stosowania kokainy był i jest prof. Jessen[1]). Radzi on po oczyszczeniu miejsca, w które się ma wcierać kokainę, wacikiem zamaczanym w eterze pędzlować je, lub nacierać przez parę sekund do 2 minut 20 prc. rozczynem kokainy. Podał on nawet odpowiednie narzędzia do przytrzymywania waty, zamaczanej w rozczynie kokainy, na dziąsłe przez dłuższy czas, tak aby ślina tam nie dochodziła. Zewnętrzne jednak nacieranie kokainą nie zawsze prowadziło do celu i dlatego też zaczęto ją wstrzykiwać śródmiąższowo, a sposób ten po przezwyciężeniu pierwszych trudności (zdarzyło się z początku kilka przypadków śmierci z powodu zbyt wielkich dawek) i ustaleniu dawek powszechnie się przyjął.

Warunkiem powodzenia wszelkich znieczulających wstrzykiwań, zarówno kokainy, jak i innych środków, jest dobra strzykawka; przy wyborze jej trzeba uważać dokładnie, aby płyn nie uchodził przy nasadzie igły, lub nie wydostawał się poza tłok. Zwykła strzykawka Pravatza, która oddaje bardzo dobre usługi przy wstrzykiwaniach w wiotką tkankę podskórną, nie jest stosowną do wstrzykiwań w zbite tkanki dziąsła. Tu trzeba użyć strzykawki szczególnie dokładnie, silnie i szczelnie zbudowanej, aby przy silnem naciśnięciu tłoka płyn zwolna się wtłaczał pod błonę śluzową, a nie uchodził na zewnątrz. Bardzo dobre są strzykawki, zaopatrzone przy tylnym końcu w poprzeczne ramiona, służące do oparcia palców, gdyż w ten sposób pewniej i silniej płyn w tkankę wtłaczany być może. Cała strzykawka powinna się łatwo rozbierać i wyjaławiać. Przechowywanie strzykawki w 5 prc. rozczynie karbolu, tymże rozczynem napełnionej, daje dostateczną rękojmię jej czystości. Najlepsze strzykawki dentystyczne wyrabiają Leiter i Ash.

Przy wstrzykiwaniu **kokainy** ważnym jest wybór przetworu; najlepszą jest niewątpliwie kokaina z fabryki Mercka

---

[1]) Die Anwendung des Cocains in der Zahnheilkunde 1891.

w Darmstacie. Co do rozczynów, jakich należy używać, zdania są podzielone. Dawniej używano głównie silnych rozczynów, 20 prc., 15 prc., a nawet i dzisiaj niektórzy dentyści, szczególnie przy wyrywaniu zębów, posługują się silnymi rozczynami w małych ilościach; drudzy stosują słabe rozczyny w większej ilości, inni wreszcie, a tych w ostatnich czasach jest najwięcej, używają małej ilości słabych (zwykle 1 prc.) rozczynów kokainy. Że nie jest rzeczą obojętną, czy tę samą ilość kokainy wstrzyknie się jako rozczyn słabszy, czy silniejszy, dowodzi piśmiennictwo, stwierdzające większą częstość zatruć przy użyciu silnych rozczynów. Nietrudno to zresztą wytłómaczyć. Przepis, że przy silnie zgęszczonych rozczynach należy płyn wprowadzać kroplami, ma wartość czysto teoretyczną; w praktyce wymierzenie tych kropli przy wstrzykiwaniu jest bardzo trudne, a już kilka kropli silnego rozczynu, wstrzykniętych za dużo, szybko działa na ustrój i wywołuje zatrucie. I tak Bock[2]) wspomina o przypadku, w którym po wstrzyknięciu sześciu kropli 20 prc. rozczynu kokainy w celu bezbolesnego usunięcia zęba, chora uległa zatruciu dość silnemu, objawiającemu się między innemi kilkogodzinną ślepotą. A. Riecz[3]) przytacza zatrucie dłużej trwające po 1·25 g. kokainy. Hänel[4]) widział zatrucie po 0,112, trwające przez 3 dni. Rozczyn 2 prc. kokainy należy uważać w tym względzie za graniczny; zresztą wystarczają zwykle rozczyny słabsze — 1 prc., a nawet pół prc. Nadto rozczyny słabsze i z tego względu są odpowiedniejsze, że można ich bez obawy wstrzyknąć więcej, a, jak na to słusznie Pernice[5]) zwraca uwagę, wstrzykując większe ilości płynu i wywołując większe napięcie tkanek otrzymuje się przez samo zniedokrwienie tkanki i ugniecenie nerwów większe znieczulenie.

Jako jednorazową graniczną dawkę kokainy w celu znieczulenia przy zabiegach dentystycznych podaje Wölfler[6]) 0,02 gr., nawet wtedy, gdy się jej używa w połączeniu z przetworami nadnercza. Należy tutaj jednak zawsze zwrócić uwagę na różne okoliczności uboczne i tak przedewszystkiem na wiek chorego. Statystyka niepomyślnie przebiegających operacyj wskazuje na to, że dzieci wogóle źle znoszą kokainę. I z innego zresztą względu u dzieci wstrzykiwanie śródmiąższowe celem znieczulenia miejscowego nie zaleca się, ponieważ u nich poprostu nie opłaci się cały zabieg wkłuwania igły, który dzieci znoszą z większym strachem i krzykiem, niż samo wyjęcie zęba. Również ostrożnym trzeba być i u starców, gdzie o niedokrwienie mózgu tak łatwo, a zapadu i osłabienia czynności serca często z góry spodziewać się można. Trzecią kategoryą ludzi, źle znoszących kokainę, są alkoholicy. Lustgarten[7]) n. p. u pewnego pijaka spostrzegał po 0,08 kokainy objawy zatrucia pod postacią napadu padaczkowatego. Wreszcie trzeba ostrożnie postępować u osób bezkrwistych i nerwowych, na co zwracają uwagę przypadki Szumana, Hänela i wielu innych.

Ostre zatrucie kokainą objawia się mdłościami, uczuciem zimna, drętwienia kończyn, zawrotem głowy, skłonnością do wymiotów, tętnem miękkiem, nierównem, szybkiem, sinicą. W cięższych przypadkach może nastąpić śmierć.

Co do samej techniki wstrzykiwania, to ogólną zasadą powinno być, aby naokoło zęba, który ma być usunięty, wtłaczać kokainę tak długo w małych dawkach, aż błona śluzowa zupełnie nie zbieleje, a wkłuwania igiełki nie przestaną być bolesne. Najlepiej pierwsze wkłucie zrobić po stronie języka, a posuwając się dalej, następne przeprowadzić na stronę policzkową. Wkłuć nie powinno się robić za dużo i za blizko siebie, bo wtedy płyn, który się wtłacza pod silnem ciśnieniem, wypływa przez sąsiednie otworki. Igiełki nie powinno się wkłuwać prostopadle, ale równolegle do zęba, aby jej na kości nie złamać, nie powinno się też wkłuwać jej za głęboko, aby kokainy przypadkiem nie wstrzyknąć do większego naczynia krwionośnego, coby mogło wywołać zatrucie.

Po wstrzyknięciu nie należy czekać długo, ale przeciwnie zaraz po wstrzyknięciu operować, bo kokaina działa na zakończenia nerwów czuciowych natychmiast i odrazu znieczula, równocześnie wywołując zwężenie naczyń włosowatych. Zarzucano kokainie, że przeszkadza doraźnemu gojeniu się ran. Hillischer miał widzieć po zastosowaniu kokainy ropienie i zgorzele. Pernice i Landerer[8]) przeczą temu stanowczo. Landerer zwraca nawet uwagę, że nigdy u kokainistów nie zauważył ropienia, chociaż strzykawka była równie nieczysto utrzymywana, jak to czynić zwykli morfiniści. Wprawdzie w dłużej stojących słabych rozczynach kokainy pokazuje się biała obłoczkowata pleśń, jednak żadnego jej wpływu na przebieg pooperacyjny nie zauważyłem. Według doświadczeń Prof. Łepkowskiego kokaina ma nawet działanie wprost bakteryobójcze, zwłaszcza co do drobnoustrojów ropotwórczych. (Dok. nast.)

[2]) Deutsche medizinische Wochenschrift, 1886, Nr 6.
[3]) Deutsche med. Wochenschrift, 1887, Nr 41.
[4]) Berliner klinische Wochenschrift, 1889.
[5]) Deutsche medic. Wochenschrift 1890, Nr 14.
[6]) Deutsche Wochenschrift für Zahnheilkunde, 1905, Nr 8.
[7]) Wiener med. Wochenschrift, 1888, Nr 12.
[8]) Deutsche Monatsschrift für Zahnheilkunde, 1904, Nr 10.

Wyciągi.

MEDYCYNA TEORETYCZNA. T. Deneke i H. Adam. **Spostrzeżenia czynione na odosobnionem sercu ludzkiem.** (*Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther.* 1906, Bd. II, H. III). Deneke i Adam wykonali doświadczenia na sercu, wyjętem ze zwłok pewnej przestępczyni, skazanej na śmierć przez ucięcie głowy. Serce wyjęto i umieszczono w przyrządzie Langendorffa w 21 minut po śmierci. Podczas wyjmowania serca z klatki piersiowej niektóre jego części jeszcze się słabo kurczyły, a mianowicie skurcze przedsionków były wyraźne, prawa komora wykonywała bardzo słabe ruchy, a lewa zaledwie dostrzegalne. Skoro tylko umieszczono serce w przyrządzie Langendorffa, wszelkie ruchy serca całkiem ustały; lecz natychmiast powróciły, gdy zaczęto przepuszczać przez naczynia wieńcowe płyn Ringera-Locka. Najpierw zaczęły się kurczyć przedsionki, a potem i komory. Prawa komora zaczęła się kurczyć pierwej, aniżeli lewa. Skurcze komór były równoczesne, wolne, niezbyt silne. Po kilku minutach zabrakło na razie płynu Ringera-Locka i przepłukiwanie serca przerwano. Wskutek tego ruchy serca powoli ustały. Lecz gdy znowu zaczęto, po upływie kilku minut, przepłukiwać serce odwłóknioną krwią tegoż osobnika, z którego serce pochodziło, rozcieńczoną w dwójnasób płynem Ringera, natychmiast nastąpiły nadzwyczaj silne skurcze zarówno przedsionków, jak i obydwu komór, przyczem czynność oddzielnych części serca była zupełnie skojarzona: obydwa przedsionki kurczyły się szybko bezpośrednio przed powolniejszym skurczem obydwu komór. W ten sposób serce kurczyło się w ciągu przeszło dwóch godzin. Autorowie badali także wpływ rozmaitych czynników na ruchy odosobnionego serca. Okazało się, że podniesienie ciśnienia wpływającej do serca cieczy, a przez to i zwiększenie ilości płynu, przepływającego w jednostce czasu przez naczynia sercowe, wywoływało przyspieszenie skurczów serca i wzmożenie siły poszczególnych skurczów, słowem, zwiększenie pracy serca. Podniesienie ciepłoty płynu odżywczego także zwiększało częstość skurczów serca. Gdy ciepłota płynu odżywczego wynosiła 35,5°, liczba skurczów serca wahała się między 60 a 64. Po stopniowem podniesieniu ciepłoty płynu odżywczego do 38·6° liczba skurczów serca doszła do 83 na minutę. Również wyraźnie dawał się zauważyć wpływ podniesionej ciepłoty płynu odżywczego na ilość przepływającej przez naczynia sercowe cieczy. Gdy ciepłota płynu odżywczego wynosiła 35,5°, przepływało w ciągu 5 minut przez naczynia sercowe 50 ctm.³ cieczy, a po podniesieniu ciepłoty płynu odżywczego do 38·6° 80 ctm.³. Gdy po upływie 2 godzin od początku doświadczenia nastąpił bezład ruchów sercowych (*delirium cordis*), a potem serce stanęło, można je było digitoksyną pobudzić do ponownych prawidłowych i silnych skurczów. — Z tego doświadczenia Denekego i Adama wynika, że spostrzeżenia, na odosobnionem sercu ludzkiem uczynione, nie różnią się od poprzednich spostrzeżeń na odosobnionych sercach zwierząt ssących.

A. Wrzosek.

Doc. Roessle. **Swoiste surowice przeciwwymoczkowe.** (*Archiv f. Hygiene* T. 54). Pragnąc zbadać zmiany morfologiczne w ciałach większych drobnoustrojów w okresie aglutynacyi pod wpływem swoistych surowic starał się R. otrzymać surowice przeciwwymoczkowe przez podskórne wstrzykiwanie królikom i świnkom morskim zgęszczonych czystych kultur *Glaucema scintillans Ehrenbergi*, *Paramecium caudatum* i małego wiciowca *Chiloden paramecium.* Surowice te posiadały swoiste własności, działając tylko na ten gatunek wymoczków, przy użyciu którego je otrzymano. Swoistość działania objawiła się jednak tylko w podnieceniu chwilowem, po którem poszczególne osobniki wymoczków przyczepiają się bądź do zawartych w cieczy ciał obcych, bądź też do ściany naczynia, w którem się znajdują, nie łącząc się ze sobą — nie tworząc zatem aglutynacyi. Potem nastają objawy porażenia wymoczków w postaci porażenia rzęsek, wakuol i tętniącej błonki cytostomu, zdolność odżywiania jednak nie znika. Przy większem zgęszczeniu surowicy i dłuższem jej działaniu rozpadają się wymoczki, nie jest to jednak objaw równorzędny z wywołanym przez lizyny, zawarte w swoistych surowicach bakteryobójczych, a nie znajdujące

się w swoistych nerwicach przeciwwymoczkowych. Objawy te wywołuje również surowica prawidłowa, jednak w stopniu mniejszym i w zgęszczeniach znaczniejszych, nie wywołując jednak nigdy rozpuszczenia wymoczków. Ogrzanie surowic przeciwwymoczkowych do 56° C. pozbawia je zdolności porażenia. Wyniki pracy tej służyć mogą do wytłómaczenia przewlekłego przebiegu wielu zakaźnych chorób, wywołanych przez wymoczki. *L. Bier.*

Berghaus. **Kwaśność w pożywkach wywołana przez bakterye i stwierdzenie jej zapomocą kwasu moczowego.** (*Hyg. Rundschau* 1906, Nr 11). Kwaśnego oddziaływania bakteryi pod wpływem ich rozwoju nie można stwierdzić szybko i dostatecznie czule zapomocą dotychczasowych metod. Podana przez B. metoda, polegająca na zastosowaniu bardzo słabych roztworów litowej soli kwasu moczowego do pożywek stałych (agaru), w których za wytworzeniem się już małego stopnia kwaśności łatwo powstają znamienne i gołem okiem widoczne kryształy kwasu moczowego, zdaje się być znacznym postępem. *L. Bier.*

Eppenstein i Korte. **Zachowanie się prątków durowych, wyhodowanych z krwi chorych na dur, względem bakteryobójczych własności krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Mimo bakteryobójczych własności surowicy krwi, wyhodowanie prątków durowych ze krwi chorych na dur zazwyczaj nie zawodzi. Czy wchodzi tutaj w grę pewna nabyta odporność danego pokolenia bakteryi względem własności bakteryobójczych surowicy (Eisenberg, Stern), czy nadmierna odporność pewnych osobników, orzec dziś trudno. Autorowie badali zachowanie się prątków durowych w krwi chorych na dur, którą utrzymywali w naczyniu w stanie płynnym zapomocą 1 prc. rozczynu szczawianu sodowego. Prątki rozwijały się przez pierwsze dwie doby, pomimo bakteryobójczego działania surowicy, poczem jednak bakteryobójczy wpływ surowicy, wobec tych prątków występował równie wyraźnie, jak wobec kontrolnego szczepu pracownianego. Pokolenia następne, t. j. hodowle wyrosłe z przeszczepienia na agar prątków, wyhodowanych z krwi chorego, oddziaływały na bakteryobójcze własności surowicy. *Dr. M. Godlewski.*

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. Fornet. **W sprawie hodowania prątków durowych ze krwi.** (*Münchener medizinische Wochenschrift*, 1906, Nr 22). Hodowanie prątków durowych z krwi skrzepłej prawie stale zawodzi. Można jednak temu zaradzić, rozpuszczając skrzep w wyjałowionej żółci i przetrzymawszy probówkę z materyałem zakaźnym przez 12 godzin w cieplarce — zakażając pożywkę Conradi-Drigalskiego. *Dr M. Godlewski.*

Dieudonné. **Czynne uodpornienie przeciw chorobom zakaźnym.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 22). Praktyczne znaczenie ma uodpornianie zapomocą osłabionego zarazka (ospa, wścieklizna) lub zapomocą zabitych bakteryi (cholera, dur brzuszny, mór), albo wyciągu bakteryi. Autor podaje metody szczepienia ochronnego przeciw durowi, cholerze i morowi, a opierając się na statystyce zasłabnięć i przypadków śmierci u szczepionych i nieszczepionych dowodzi, że szczepienie ochronne przeciw tym chorobom ma słuszną podstawę. Należy pamiętać, zwłaszcza przy szczepieniu, mającem zabezpieczać przeciw durowi, że przez pewien czas po zaszczepieniu, zanim ustrój zdoła wytworzyć substancye ochronne, skłonność do zakażenia jest wzmożona (okres ujemny), szczepienia więc należy dokonać w okolicy wolnej od epidemii. *Dr M. Godlewski.*

Rosenstorn. **Badania przemiany materyi w białaczce w czasie leczenia promieniami Röntgena.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 21 i 22). Autor wysnuwa ze swych badań następujące wnioski: W czasie naświetlania promieniami Röntgena, w szczególności okolicy śledziony, zwiększa się na razie wydzielana moczem ilość kwasu moczowego, gdy jednak liczba ciałek białych zbliżać się poczyna do stanu prawidłowego, zmniejsza się też i ilość wydzielanego kwasu moczowego. Zdaniem R. należy stąd wnosić, że zmniejszania się liczby ciałek białek pod wpływem naświetlania nie można tłómaczyć żywszym rozpadem wytwarzanych w tej samej ilości ciałek białych. Natomiast trzeba przypuścić, że wytwarza się mniejsza ich ilość, a mniejsza dlatego, że odpowiednie składniki narządów krwiotwórczych pod wpływem naświetlania promieniami Röntgena ulegają zniszczeniu. Należy też baczną zwracać w czasie leczenia uwagę, aby to zniszczenie składników krwiotwórczych nie poszło za daleko. W takim bowiem razie cierpią składniki, wytwarzające krwinki czerwone, co oczywiście jest wprost szkodliwe. W tych razach mimo obniżenia się już liczby ciałek białek ilość wydzielanego kwasu moczowego jest stale zwiększona. *Dr M. Godlewski.*

Schilling. **O pomiarach ciśnienia krwi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 23). Ze wszystkich przyrządów, do tego celu służących, najpraktyczniejszy jest przyrząd Riva-Rocciego. Ważną rzeczą jest dobranie odpowiedniej szerokości mankieta. Z doświadczeń autora na ludziach i zwierzętach wynika, że szerokość 12 ctm. jest najodpowiedniejsza, wtedy bowiem ciśnienie waha się w najmniejszych granicach, t. j. 110—125 mm. w warunkach prawidłowych. Przy innej szerokości mankieta granice te są szersze (100 do 160 mm.). Mierzenie ciśnienia krwi ma zdaniem autora wielką wagę, przy największej bowiem nawet wprawie ocenianie ciśnienia zapomocą obmacywania jest często złudne. Autor potwierdza zdanie autorów włoskich, że istnieją przypadki, w których, mimo poważnych skarg chorego, nic prócz podwyższenia ciśnienia przedmiotowo stwierdzić nie można. W takich przypadkach naparstnica może obniżać (Sahli) ciśnienie, przyczem przypadłości ustępują. Wysokie ciśnienie jest czasem tylko wyrazem samopomocy ustroju (Krehl). *Dr M. Godlewski.*

Richartz, **O postaciach żołądkowo-jelitowych dny.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr 22, 1906). O ile dotychczas w Anglii i Francyi zanadto szeroki zakres przyznawano wpływowi dny (*arthritis urica, gutta*) na inne narządy poza zmianami w stawach i nerkach, o tyle lekarze niemieccy ścieśniali go, niesłusznie zdaniem autora, który przytacza dwa własne spostrzeżenia z objawami w zakresie przewodu pokarmowego, dające się wprowadzić w związek tylko ze skazą moczanową. W jaki sposób się to dzieje, autor bliżej nie określa; wspomina tylko, że teorya zadziałania kwasu moczowego na błonę śluzową żołądka i jelit nie tłómaczy tych objawów, bo dotychczas nie wykryto w treści żołądkowej kwasu moczowego wśród napadu dny. Być może, że działa tu jakiś związek, pokrewny chemicznie kwasowi moczowemu, a krążący we krwi osobnika, dotkniętego skazą moczanową i wywołujący objawy ostre napadowe dny w przewodzie pokarmowym. W pierwszym przypadku autora pojawiały się od szeregu lat zmiany dnawe w stawach prawie równocześnie z t. zw. napadami żołądkowo-jelitowymi (*crises gastriques*), połączonymi z biegunką, bólem w podżebrzu lewem, nudnościami, wymiotami, wydzielaniem potu cuchnącego, trwającymi kilka godzin. Wśród trwania tych objawów żołądkowo-jelitowych miały objawy zapalne w stawach zajętych. W drugim przypadku z podobnymi objawami udało się autorowi stwierdzić w czasie napadu kwas moczowy w krwi, co wyjaśniło przyrodę choroby. W obu przypadkach kilkomiesięczna dyeta bezmięsna, złożona z mleka, jaj, owoców, chleba i większej ilości jarzyn dała korzystne wyniki nietylko co do stawów, ale i objawów żołądkowo-jelitowych. *Dr Maciąg.*

Vandeweyer i Wybauw. **O działaniu wód żelazistych na przemianę materyi.** (*Münch. med. Wochs.* 1906. Nr 24). Z ilościowych oznaczeń autorów wynika, że podawanie wód żelazistych wzmaga rozpad białka. Na chłonienie białka, oraz węglowodanów wody te wpływają dodatnio, na chłonienie tłuszczów ujemnie. Zdaniem autorów należałoby te dane zużytkować przy układaniu dyety w czasie leczenia wodami żelazistemi. *Dr M. Godlewski.*

Buchner. **Sposób, dozwalający w ciągu jednej godziny oznaczyć ilość białka w moczu z dostateczną dla klinicznych celów dokładnością.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Sposób B. opiera się na spostrzeżeniu, że jeżeli przecedzony mocz, białko zawierający, ogrzejemy do wrzenia i zakwasiwszy kilku kroplami kwasu azotowego, dolejemy nasyconego rozczynu soli kuchennej, natenczas opadnie w ciągu godziny wszystko zawarte w nim białko, dozwalając oznaczyć jego ilość. Albuminimetr Buchnera wyrabia firma: Vereinigten Fabriken für Laboratoriumsbedarf G. m. b. H. Berlin, N. Chausseestr. 3. *Dr M. Godlewski.*

Alt. **Leczenie dyetetyczne choroby Basedowa.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr 24). Obrzęki, spotykane tak często w tej chorobie, odnieść należy do niedomogi nerek, to też najwłaściwiej usuwać je zapomocą dyety bezsolnej (dyeta mleczna, ograniczenie ilości chlorków do 4 grm. na dobę). Wydzielaniu połączeń fosforowych, które w tej chorobie bywa nadmierne i wywołać może powikłanie ze zmiękknieniem kości, najlepiej przeciwdziałać, dodając do pokarmu obficie przetworów, zawierających fosfor (do 30 grm. protyliny na dobę). W pożywieniu unikać należy węglowodanów, ustrój bowiem znosi je w chorobie Basedowa tylko w ciasnych granicach i łatwo nastąpić może cukromocz lub nawet objawy cukrzycy; dyeta tłuszczowo-białkowa jest najstosowniejsza (mleko, śmietana, niesolone masło). Właściwe, a forsowne odżywianie samo przez się może działać leczniczo. (Autor ilustruje spostrzeżenia fotografiami chorych przed i po leczeniu). *Dr M. Godlewski.*

Heller. **Niewyjaśniony przypadek choroby gorączkowej z najwyższą ciepłotą, jaką dotąd spostrzegano.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 23). Przypadek o tyle godny wzmianki, że ciepłota doszła do 45° C. Przedmiotowo nic nieprawidłowego nie

stwierdzono. Zejście pomyślne. (W Nrze 25 *Münch. med. Wochs.* autor prostuje swe twierdzenie, iż wyższej ciepłoty nigdy nie spostrzegano, ponieważ odszukał w piśmiennictwie kilka podobnych do swego spostrzeżeń, jedno nawet takie, w którem mimo 49·9° C. gorączki chory pozostał przy życiu). *Dr M. Godlewski.*

Köster. **Przyczynek do kazuistyki polycythemii i zarazem etyologiczny czynnik migreny ocznej.** (*Münch. med. Wochs.* 1906, Nr. 22 i 23). Odkąd Widal i Rendu zwrócili uwagę na polycytemię, opisano około 28 jej przypadków. Sprawie towarzyszą z reguły sinica i powiększenie śledziony. Przypadek autora wyróżnia się tem, że równocześnie z pierwszymi zwiastunami tej rzadkiej sprawy (sinica, krwawienie z dziąseł) pojawiły się typowe napady migreny ocznej, na którą przedtem chory nigdy nie cierpiał. Autor dopatruje między temi obiema sprawami związku przyczynowego. Ilość ciałek czerwonych i hemoglobiny była u chorego w dwójnasób zwiększana. *Dr M. Godlewski.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. R. Jolly. **O rozszerzaniu sposobem Bossiego przy przedwczesnem odklejeniu się łożyska.** (*Zentralblatt für Gynekologie*, 1906, Nr 18). 1) U 44-letniej chorej wystąpił w VIII. miesiącu ciąży silny krwotok, przy zapaleniu nerek; płód w położeniu czaszkowem, tętna brak; szyja zachowana, bolów niema. W ciągu 35 minut rozszerzył J. niepodatną szyję o tyle, że wprowadził 3 palce, przebił pęcherz, wydobył płód za nóżkę aż po główkę i wykonał wymóżdżenie. Części miękkie nie zostały uszkodzone. 2) 26-letnia pierwiastka; białkomocz; płód żywy, w położeniu czaszkowem, silny krwotok przy ujściu rozwartem na palec. Narzędziem Bossiego rozszerzenie zupełne, obrót, wydobycie płodu donoszonego, żywego. 3) U 28-letniej wieloródki krwawienie zaraz po wystąpieniu bolów porodowych. Położenie czaszkowe, brak tętna; szyja częściowo zachowana, pęcherz płodowy pękł. W ciągu 20 minut rozszerzenie na szerokość dłoni, obrót na nóżkę, wydobycie natychmiastowe płodu lekko omdlałego; zeszycie szyi przedartej do sklepienia. 4) 29-letnia wieloródka krwawi od tygodnia; mocz bez zmian. Stan chorej nakazywał rozwiązanie. Szyja przepuszcza palec, łożysko nie przodujo. Rozszerzenie na szerokość dłoni po upływie 20 minut, obrót, wydobycie płodu żywego, długości 35 ctm., który zmarł po 36 godz. Przedarcie szyi, którego nie było po zdjęciu narzędzia Bossiego, zeszyto. — J. stwierdza, że rozszerzacz Bossiego oddał mu w tych przypadkach dobre usługi. Przedarcia szyi odnosi do wydobycia płodu. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **Pierwszy przypadek późniejszego porodu po pubiotomii podskórnej.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 18). Wieloródka 36-letnia, sprzężna prawdziwa 7; 1. poród kleszczowy, płód po $1^1/_2$ godz., połóg gorączkowy; przy 2. porodzie pubiotomia, obrót, wydobycie płodu żywego (3600 grm.), szybkie wyleczenie. Wkrótce chora zastąpiła, przebieg ciąży prawidłowy, chód swobodny. Badanie w II. miesiącu ciąży wykazało w miejscu operacyi płaskie zgrubienie na przedniej powierzchni kości łonowej, rowek na tylnej, jakoteż wyraźną przesuwalność końców kości. Wymiar prosty wzrósł o $1^1/_2$ ctm., gdyż wynosi $7^1/_2$. W czasie porodu pozostała główka ruchomą mimo zupełnego rozwarcia ujścia. Zapobiegawczo założył R. piłeczkę, wykonał obrót i wydobycie płodu. Uwolnienie rączek trudne, wytoczenie główki łatwe. Po porodzie rozstęp końców kości na palec. Płód ważył 3000 gr., obwód główki 34 ctm. Połóg prawidłowy. W tym przypadku nie wytworzył się zatem zrost kostny, lecz bliznowaty, który okazał się korzystnym. Należałoby dążyć do tego przez niezbyt silnie ściągający opatrunek i zezwolenie, by chore 14.—16. dnia po operacyi opuszczały łóżko. (Rysunek). *B. Wojciechowski.*

E. Zurhelle. **Przyczynek do kazuistyki przepukliny pachwinowej jajnika.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 19). 44-letnia wieloródka była aż do zamążpójścia zdrowa; potem przebyła wysięk połogowy przymaciczny po stronie lewej, po którego ustąpieniu zjawiły się długie, obfite i bolesne regularności. Z powodu ustalonego tyłozgięcia macicy, powiększonej i miękkiej, otwarto jamę brzuszną i wycięto przydatki lewe, otoczone zrostami. Jajnik, wielkości jaja gęsiego, zawierał krwiak; trąbka, grubości palca, również krwią wypełniona. Macicę przyszyto do ściany brzusznej. Przydatki prawe były prawidłowe. Po operacyi ustąpiły dolegliwości na 2 lata. Od $1^1/_2$ roku znowu bole i krwawienia nieregularne, a od 3 miesięcy guz w pachwinie prawej, wzrastający w czasie regularności. Operacya stwierdziła, że treścią przepukliny był jajnik prawy, który uwolniono ze zrostów i odcięto. Chodziło więc na pewno o przepuklinę jajnikową nabytą, nie wrodzoną. *B. Wojciechowski.*

Góth. **Przypadek zgorzeli sromu u ciężarnej.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 18). 18-letnia wieloródka uderzyła się przed 2 tygodniami, upadając, obnażoną szorstką piętą o części rodne zewnętrzne. W następstwie wystąpił obrzęk sromu i bole, potęgujące się aż do chwili badania. Ciepłota i tętno prawidłowe. Warga sromna prawa w trójnasób powiększona, skóra na niej brudno-zielonkawa, podminowana, zwisa jak worek. Na wardze lewej owrzodzenie brudne o średnicy 2 ctm.; gruczoły powiększone, tkliwe, twarde. Określenie tła niezwykle trudne. Leczenie polegało na odcięciu zgorzelinowego płata skóry, nacięciu głębokiem (przyczem nie znaleziono ani śladu ropy), spaleniu tkanki zgorzelinowej elektrokauterem i wypełnieniu rany gazą jodoformową. Po zabiegu ciepłota prawidłowa. Od 8. dnia zaczęła się pojawiać zdrowa ziarnina; po 43 dniach zupełne zagojenie. W tym czasie stwierdzono V. mies. ciąży. Badanie bakteryologiczne wydzieliny, pokrywającej owrzodzenie i nagromadzonej pod skórą, wykryło mnóstwo różnych ziarenkowców i prątków, między innymi łańcuszki z 4—6 członków. Tkanka na granicy naciєku przepełniona gromadkami ziarenkowców, łączących się w łańcuszki po 6—8. Przeciw róży przemawia zatarta granica, przeciw ropowicy brak ropy. Podobny przypadek ogłosił Hüter w r. 1852. *B. Wojciechowski.*

H. W. Freund. **Przyszycie więzadeł okrągłych do ścian brzusznych, jako operacya tyłozgięcia macicy.** (*Zentr. für Gyn.* 1906, Nr 19). W ocenie operacyi Aleksandra-Adamsa i przytwierdzenia bezpośredniego macicy staje F. na tem stanowisku, że o wartości danej metody rozstrzyga nie odsetek zaburzeń w czasie ciąży i porodu, lecz odsetek nawrotów. Zaburzenia przy porodzie świadczą o znacznej sile uzyskanych zrostów, a więc do pewnego stopnia o skuteczności danego sposobu. Celem uniknięcia złych stron obu sposobów obmyślił F. operacyę, polegającą na sfałdowaniu więzadeł okrągłych, przyszyciu ich do przedniej ściany macicy, a potem do przedniej ściany brzusznej, przyczem szew przeprowadza się przez otrzewnę i mięsień. (Szczegóły operacyi w oryg. Rysunek). *B. Wojciechowski.*

M. Penkert. **W sprawie leukocytozy po porodzie przy równoczesnem wycięciu śledziony.** (*Zentr. f. Gyn.* 1906, Nr 19). Zangenmeister i Wagner, a przedewszystkiem Pankow badali zachowanie się ilości ciałek białych podczas wszystkich okresów porodu i połogu i po krwotokach do wolnej jamy brzusznej, szczególnie po pęknięciu ciąży zewnątrzmacicznej i po przedarciu lub wycięciu śledziony. Berger stwierdzał po wycięciu śledziony prawie stale zwiększenie się liczby ciałek białych, a zmniejszenie się czerwonych i ilości hemoglobiny. P. przytacza jedyny dotąd przypadek rany postrzałowej śledziony podczas porodu, z następowem wycięciem śledziony i wyleczeniem, przy której to sposobności badano zachowanie się ciałek białych. 38-letnia pierwiastka rodzi od 18 godzin. Przed 5 godzinami postrzeliła się z rewolweru 7 mm. w VI. międzyżebrze w linii pachowej lewej. Pocisk znajduje się 5 ctm. od wyrostka kolczastego 10. kręgu piersiowego. Rodząca niedokrwista, kończyny chłodne, tętno z początku niemacalne, potem drobniutkie, nieregularne, 160. Wstrzyknięcie kamfory. Bole rzadkie, położenie płodu czaszk. II., brak tętna płodu. Silne bole w krzyżach; 0·0006 skopolaminy podskórnie. Przy ujściu zupełnie rozwartem odeszły wody, zabarwione smółką. Bole coraz lepsze. Po 2 godzinach wymioty, odbijanie, plwocina krwawa; z tyłu w dole nad płucem lewem przytłumienie; brak wyraźnego płynu wolnego w jamie brzusznej. W godzinę później otwarto jamę brzuszną, poprzednio rozwiązawszy matkę przez wymóżdżenie i zabieg Crédego. W jamie brzusznej dużo krwi i gazów. Żołądek przestrzelony dwa razy przy krzywiźnie dużej; otwory te zaraz zaszyto. W śledzionę wszedł pocisk w połowie ostrego jej brzegu, wyszedł stroną wypukłą, gdzie powstała szeroka na 6 ctm. rana, o brzegach płatowo podartych, nierównych; śledzionę wycięto. Ranę w przeponie, długości $1^1/_2$ ctm., zaszyto. Oczyszczenie jamy brzusznej i zaszycie powłok. Bezpośrednio po porodzie ilość ciałek białych 34.300, wzrosła do następnego dnia do 35.600, poczem w ciągu miesiąca powoli zeszła do poziomu prawidłowego *B. Wojciechowski.*

OKULISTYKA. J. Hirschberg. **O wrodzonym, rozlanym naczyniaku powiek, oczodołu i twarzy.** (*Centr f. Augenh.* 1906, styczeń). Dziecko urodziło się już ze zgrubiałym policzkiem i powieką, a na spojówce gałki znajdowały się paciorkowate pęcherzyki; gałka oczna była nieco wysadzona. Później wysadzenie gałki tak się zwiększyło, że dziecko oka zamknąć nie mogło, a powieka opadła. Z tego powodu wycięto część nowotworu. Wynik operacyi był dodatni o tyle, iż chora mogła unieść powiekę ku górze. Z biegiem lat z powodu, iż nowotwór odrastał, musiano kilkakrotnie powtarzać operacyę. W tym czasie wzrok na tem oku znacznie podupadł. Podobnie przebiegał również i drugi przypadek, z tą jednakże różnicą, że z powodu małej krzepliwości krwi nastąpiło po operacyi w krótkich odstępach czasu kilka znacznych krwotoków do tkanki podskórnej powiek. *Dr. Liebermann.*

Ferentinos. **W sprawie patogenezy pierwotnego zaniku siatkówki.** (*Ophth. Klinik* 1906, Nr 5). Pomimo, że bada

nia anatomiczne licznych autorów dowiodły stanowczo, że t. zw. barwikowe zapalenie siatkówki (*retinitis pigmentosa*) jest sprawą zanikową, nawet nie powikłaną zwyrodnieniem poszczególnych składników siatkówki, to jednak błędna nazwa *retinitis*, podsuwająca myśl o sprawie zapalnej, nie została jeszcze dotąd z piśmiennictwa podręczników okulistyki doszczętnie wyrugowaną. Autor stwierdza, że zmianę tę najwłaściwiej możnaby określić jako wczesne obumarcie najważniejszych składników siatkówki, które już od wytworzenia się obu zarodkowych warstw siatkówki są wyposażone mniejszym zasobem siły żywotnej, niż inne tkanki ustroju, a nawet inne części składowe gałki ocznej. Wecker i Masselon nazwali tę zmianę siatkówki marskością (*cirrhosis retinae*). Istotnie, skutkiem osłabienia i ustania czynności fizyologicznej wrażliwych składników siatkówki, słabnie w nich wymiana materyi tak, że nie mogą one przyswoić wszystkich części odżywczych, doprowadzonych przez krew. Zanim nastąpi przystosowanie, t. j. odpowiednie zmniejszenie dopływu krwi (drogą tętnicy siatkówkowej i *choriocapillaris*), korzystają z nadmiernego odżywienia pośledniejsze pod względem czynnościowym składniki siatkówki, a w pierwszym rzędzie tkanka łączna, która z tego powodu zaczyna bujać. Następowe kurczenie się tkanki łącznej odnieść należy, zdaniem autora, do stopniowego zmniejszania się dopływu krwi i zaniku naczyń, co jest wyrazem przystosowania się unaczynienia do zmniejszonej żywotności zanikających czopków i pręcików. Tak więc istnieje pewne podobieństwo między tą sprawą chorobową w siatkówce, a marskością wątroby. Różnica polegałaby, zdaniem F., na tem, że w wątrobie zmiana pierwotna polega nie na prostym zaniku, lecz na zwyrodnieniu komórki wątrobnej pod wpływem czynników szkodliwych, n. p. wyskoku, gdy w siatkówce główne jej wrażliwe składniki ulegają przedwczesnemu obumarciu, wskutek wrodzonej słabszej żywotności. Do marskości wątroby bardziej zbliżają się zatem zmiany anatomiczne, występujące w nerwie wzrokowym i w siatkówce pod wpływem przewlekłych zatruć, n. p. wyskokiem, nikotyną etc. Tu zgodzić się można z zapatrywaniem Edingera, że działanie tych trucizn odbija się w pierwszej linii na najważniejszych pod względem czynnościowym składnikach siatkówki, ponieważ w nich odbywa się najżywsza wymiana materyi. One też ulegają zwyrodnieniu, co pociąga za sobą te same dalsze następstwa, jakie powoduje w wątrobie zwyrodnienie komórki wątrobnej. *K. W. Majewski.*

Birch-Hirschfeld i Inouye. **Badania doświadczalne nad patogenezą niedowidzenia tyreoidynowego.** *(Archiv für Ophtk.* T. LXI, 1905, Z. 3). Przed kilku laty wykazał Coppez, że przetwory gruczołu tarczykowego, wprowadzone w większej ilości do ustroju, mogą wywołać niedowidzenie, podobne do tego, jakie powstaje wskutek zatrucia alkoholem, albo nikotyną. Autorowie podjęli szereg doświadczeń, celem wyświetlenia zachodzącego tutaj związku przyczynowego. Podawali oni psom tyreoidynę przez czas dłuższy (od 3 do 10 miesięcy), powiększając stopniowo dawkę dzienną i podając w ten sposób od 32 gr. do 1670 gr. Badaniem wziernikowem stwierdzono w przeważnej części doświadczeń zblednięcie tarczy nerwu wzrokowego, przyczem z zachowania się zwierząt można było wnosić o pewnem osłabieniu wzroku. Stopień zmian ocznych nie pozostawał jednak w prostym stosunku do ilości podanej tyreoidyny, stąd należy przypuszczać, że często zachodzić muszą idyosynkrazye. Badaniem histologicznem wyłuszczonych gałek ocznych stwierdzono chromatolizę komórek zwojowych siatkówki, liczne wakuole w ich protoplazmie, bądź powiększenie, bądź skurczenie się jąder, wreszcie zupełne zniszczenie komórek. W nerwie wzrokowym znaleziono zwyrodnienie włókien, wzmagające się w kierunku od ośrodków ku gałce, nie stwierdzono natomiast żadnych zmian w gleju, ani w łącznotkankowych przegrodach, ani też w naczyniach. Na podstawie tych wyników autorowie twierdzą, że niedowidzenie tyreoidynowe nie zależy od śródmiąższowego zapalenia nerwu (*neuritis interstitialis*), jak niedowidzenie alkoholowe i nikotynowe mimo podobieństwa obrazu klinicznego (zaburzenia w poczuciu barw, przerwa w polu widzenia etc.). Polega ono, ich zdaniem, na pierwotnej zmianie w komórkach zwojowych siatkówki z następowem wstępującem zwyrodnieniem włókien nerwu wzrokowego. *K. W. Majewski.*

Zur Nedden. **Bakteryologiczne badanie krwi przy współczulnem zapaleniu oka.** *(Archiv f. Opth.* T. LXII, 1905). W przebiegu dwóch przypadków zapalenia współczulnego stwierdził autor we krwi obecność prątka, który wstrzyknięty w czystej hodowli czy to do wnętrza gałki ocznej, czy też wprost do krwi tętnicy szyjnej, wywoływał u królików zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego. W trzecim przypadku zapalenia współczulnego badanie bakteryologiczne krwi dało wynik ujemny, zaznaczyć jednak należy, że dwaj pierwsi chorzy utracili wzrok zupełnie mimo wcierań szarej maści, atropinizowania i mimo upustów krwi, natomiast ostatniemu choremu zdołano oko i wzrok uratować, wstrzykując podskórnie surowicę krwi jednego z tamtych chorych, którzy ulegli zapaleniu współczulnemu ze złośliwym przebiegiem. Króliki, u których autor wywołał zapalenie tęczówki i ciałka rzęskowego przez zakażenie wspomnianym prątkiem, nie dostały wprawdzie na drugiem oku zapalenia współczulnego, ale obraz zapalenia na oku zaszczepionem zbliżał się wielce do postaci, jaką przybiera zapalenie współczulne. Prątek, wyosobniony przez autora, podobny jest do prątka rzekomo-błoniczego. Dla niewątpliwego stwierdzenia jego roli chorobotwórczej w zapaleniu współczulnem potrzebne są dalsze badania. *K. W. Majewski.*

Zapiski lecznicze i nowe leki.

Mesotan oddaje, jak twierdzi Rahn (*Allg. Med. Centr.-Ztg.* 1906, Nr 10), dobre usługi w gośćcu. Należy używać go pół na pół z oliwą i pędzlować, przez co unika się wszelkiego działania szkodliwego. R. używał mesotanu przy róży twarzy i nosa z dobrym skutkiem. Prof. Olshausen (*Mediz. Woche* 1905, Nr. 46) leczy samorodny świąd sromu sublimatem, a gdzie to nie prowadzi do celu, mesotanem 1: 2 oliwy. W tym samym celu używa mesotanu doc. Henkel. Wollner (*Wiener Med. Presse* 1905, Nr 52) uzyskał przy stosowaniu mesotanu zarówno w ostrych, jak przewlekłych postaciach gośćca, a szczególnie w bolu lędźwiowym tak szybkie i dobre wyniki, że niekiedy uważa równoczesne podawanie środków wewnętrznych za zbyteczne. *A.*

Helmitol podawał Grosz (*Budap. orvosi ujsag* 1905) w 27 przypadkach płonicy u dzieci 4—12-letnich, od 3.—7 dnia choroby począwszy, przez 14—17 dni, dziennie po $1^1/_2$ g., jako środek mający zapobiegać zapaleniu nerek. U 5 chorych wystąpiło jednak to powikłanie, trwające 2—4 tygodni. U innych chorych nie widział G. szkodliwych działań ubocznych. *A.*

Aristolowa oliwa zasługuje, jak to podaje Fischer (*Gyógyászat* 1905, Nr 47) na zalecenie w okulistyce, jako środek leczniczy i pomocniczy. W szczególności stwierdził F. dobre działanie przy zmianach brzegu powiekowego u dzieci zołzowatych, w pryszczykowem zapaleniu rogówki i spojówki, przy ubytkach nabłonka i skaleczeniach rogówki. W razie bolesności łączyć należy przetwór ten z kokainą. *A.*

Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie w dniu 30 maja 1906 r.

Obecnych członków 39, przewodniczy kol. Doc. Rutkowski. Protokół z ostatniego posiedzenia po odczytaniu przyjęto.

I. W miejsce ustępujących delegatów do Rady zawiadowczej Tow. lek. galic.: Prof. Glużińskiego i Marsa, wybrano kol. J. Łuszczkiewicza i Doc. Bylickiego ze Lwowa.

II. Delegatami na Walne zgromadzenie Tow. lek. gal. wybrano kk. Prof. Ciechanowskiego i Doc. Drobę.

III. Kol. Prof. Ciechanowski przedstawia imieniem komitetu Towarzystwa zakres działania nowo powstałej komisyi higienicznej, której przewodniczącym wybiera Zgromadzenie jednogłośnie kol. Prof. Jordana, a sekretarzem kol. Biera.

IV. Kol. Prof. Wicherkiewicz a) mówi **„O pyoktaninie w chorobach ocznych"**. Prelegent używa tego środka już od szeregu lat; zrazu działanie jej było dość powierzchowne, później jednakże, kiedy połączył ją z dioniną, działanie było znacznie głębsze i w ogólności korzystne. Dionina bowiem, — jak to Batulin wykazał, a Łuniewski w doświadczeniach swoich (przedstawionych na ostatnim zjeździe lekarzy polskich) w zupełności potwierdził, — zwiększa dyfuzyę z worka spojówkowego. Bakteryobójcze działanie pyoktaniny przy powierzchownych naciekach (n. p. w *ulcus serpens)* jest znacznie silniejsze, aniżeli wszystkich dotychczas używanych swoistych surowic n. p. Roemerowskiej, jak to już przyznał na zjeździe w Lizbonie Prof. Axenfeld z Fryburga. Jeżli pyoktanina nie znalazła do dziś dnia tak szerokiego zastosowania, jak na to istotnie zasługuje, to przyczyna leży prawdopodobnie w przykrem barwieniu palców okulisty, jakoteż i skóry w okolicy oka chorego. Wyjątkowo tylko zdarza się, że u niektórych wrażliwych osobników już po użyciu 2 prc. roztworu powstaje znaczny obrzęk spojówek; z reguły wszelkiego rodzaju wrzody rogówkowe w krótkim czasie bardzo szybko się goją; nawet przy zapaleniu całego oka sprawa o tyle się poprawia, że oko może być zachowane. Niektóre przypadki ropnych

zapaleń worka łzowego, które już były skazane na wyłuszczenie worka, dało się jeszcze uratować przez wstrzykiwanie pyoktaniny. Z wyjątkiem jednego przypadku, w którym wystąpiło błoniaste zapalenie spojówki, żadnego działania ujemnego po stosowaniu pyoktaniny prelegent nigdy nie zauważył. Plamy barwne łatwo dają się usunąć odbarwieniem kwasem, zwłaszcza solnym.

b) Przedstawia przypadek i wyjaśnia znaczenie t. zw. **blepharochalazis**.

c) Przedstawia przypadek **aniridia congen. partialis** u dziecka, u którego $^{1}/_{5}$ obwodu pozbawione są tęczówki i u którego równocześnie istnieje po obu stronach zaćma biegunowa (*cataracta polaris posterior oc. sin.*).

V. Kol. Witaliński mówi. **O ciałach obcych w oku**. W ostatnich kilku miesiącach zgłosiło się do kliniki okulistycznej U. J. 95 osób z uszkodzeniami oczu przez ciała obce (86 mężcz., 9 kob.). Po większej części byli to ślusarze, monterzy, maszyniści, blacharze, kowale, a uszkodzenia były bardzo małe. Drobne kawałeczki żelaza lub jego tlenku tkwiły w rogówce, lub też spojówce gałki; po usunięciu nie pozostawały prawie żadne ślady. Kilkanaście jednak przypadków było o wiele cięższych, tak że musiano zaraz usunąć uszkodzone oko lub też następowo powstał zanik. W ostatnich tygodniach zdarzyły się 3 przypadki ciekawsze:

Z początkiem kwietnia przybył do kliniki kowal, J. W., lat 70 i podał, że przed 7 tygodniami przy robocie skaleczył go w oko lewe kawałek żelaza i tkwi w niem jeszcze. Próba z magnesem Haaba, badanie sideroskopem dały wynik ujemny. Oko całkiem blade, tylko tuż ponad górnym brzegiem rąbka widoczna ciemna linijka, 4 mm. długa, leżąca w południku. Zgłębnik natrafia na opór. Po nacięciu spojówki w tem miejscu i rozszerzeniu rany wydobyto kawałek szkła (7 mm. długi, $2^{1}/_{2}$ mm. szeroki) z okularów, które rozbiły się przy urazie. Wzrok pozostał b. dobry $^{6}/_{18}$.

Na kilkadziesiąt ócz (przeszło 60) rocznie wyłuszczanych w krakowskiej klinice, przynajmniej $^{1}/_{4}$, to oczy nieszczęśliwych dzieci, bawiących się kapslami, lub strzelających z tanich, lichych flobertów. Na Zjeździe przyrodników polskich i lekarzy w Krakowie uchwalono swego czasu słusznie zwrócić się do władz o wydanie rozporządzenia, ograniczającego sprzedaż kapsli i nabojów flobertowych. — 12/V 1906 przywieziono do kliniki 17-letniego ucznia ślusarskiego L. S. z Krosna, który właśnie przy strzelaniu z lichego flobertu poniósł bardzo ciężkie uszkodzenia powiek i gałki. Źle założony nabój rozsadził osłonkę, która cała odrzucona w tył, rozerwała brzeg górnej powieki w kształcie trójkąta i wbiła się w głąb gałki lewej na jakie 2 cm. Część osłonki naboju tkwiła w ranie powieki i zachowała zupełnie metaliczny połysk. Blaszkę wydobyto szczypczykami, w gałce pozostał głęboki otwór, z którego zwieszały się jagodówka i ciałko szkliste. Poczucia światła nie było. Wypatroszono gałkę, a ranę powieki zaszyto.

Często ciała obce długo pozostają w ranie i nie sprawiają wiele dolegliwości. Przykładem jest następujący przypadek: D. 22/V 1906 przywieziono do kliniki 15-letniego L. G., którego przed rokiem zranił w oko nabój karabinowy, wrzucony do ognia. Powieka górna nieco obrzękła, od niej ciągnie się zmarszczka skóry ku dolnej powiece na kształt zmarszczki nakątnej (*epicanthus*). W kąciku nosowym po usunięciu grudki zaschłej wydzieliny widać linię ciemną, jakby brzeg blaszki; po obu stronach można swobodnie dość głęboko wprowadzić zgłębnik (do 1 cm.). Spojówka gałkowa nieco w kąciku wewnętrznym przekrwiona. Zresztą oko bez zmian, tylko ruchy ku skroni upośledzone. Bystrość wzroku prawego oka $^{6}/_{6}$, lewego $^{6}/_{18}$, w pobliżu oba oczy Sn 0·5. 26/V b. r. Prof. Wicherkiewicz po zastrzyknięciu kokainy wydobył szczypczykami blaszkę, zagiętą pod kątem prawie prostym. Mniejsze ramię, 11 mm. długie, 4 mm. szerokie, tkwiło w samym kąciku poza i między punkcikami łzowymi, drugie zaś większe, (7 mm. długie, a 8 szerokie), między kością oczodołu, a gałką u dołu wewnątrz. Położenie to stwierdzono zgłębnikiem. W kilka dni rana dolna zupełnie się zagoiła. Kształt gałki pozostał niezmieniony, przekrwienie spojówki znikło, wydzielina ustąpiła, a wzrok się poprawił na $^{6}/_{6}$. Przewód nosowołzowy pozostał nieuszkodzony, przestrzykiwana woda swobodnie przez nos odpływa. Dno oka prawidłowe, tylko od dołu wewnątrz na linii łukowatej na małej przestrzeni szereg drobnych żółtawych plamek odpowiada miejscu, gdzie tkwiło ramię dłuższe blaszki. Pole widzenia zupełnie prawidłowe. (Chorego i blaszkę wydobytą przedstawiono). (*Streszczenie własne*).

Nawiązując do przypadków przytoczonych przez kol. Witalińskiego podał kol. Prof. Wicherkiewicz kilka ciekawych przypadków zranień oka i ciał obcych w oku tkwiących z własnej swej praktyki. I tak przytacza przypadek, opisany już w »Klinische Monatsblätter«. Chory zranił sobie oko przed 14 laty. Ciało obce, przebiwszy rogówkę i soczewkę, tkwiło w głębi oczodołu. Chory zgłasza się z powodu bolów w oku, wywołanych zapaleniem tęczówki i ciała rzęskowego, bardzo groźnem i pozornie zależącem od ciała obcego, tkwiącego w oku. Wywiady i dokładniejsze badanie dowiodły, że chory przechodził kiłę, zastosowano więc przeciwkiłowe leczenie z pomyślnym skutkiem. Po dwu latach występuje powrót choroby. Lekarze specyaliści radzili stanowczo usunąć oko z powodu zbyt wielkich zmian i obawy zapalenia współczulnego. Chory nie zgodził się na to i zgłosił się znów do prelegenta; leczenie przeciwkiłowe i tym razem usunęło dolegliwości. Drugi przyp. podaje mowca z czasów swych asystenckich. Chora, która jeszcze jako dziecko wbiła sobie w oko igliczkę, przez 12 lat nie doznawała żadnych dolegliwości; po upływie tych lat wystąpiły objawy zapalne w oku, oraz objawy współczulnego podrażnienia w drugiem oku. Kiedy przystąpiono do wyłuszczenia oka, przy przecinaniu nerwu natrafiono na twardy opór; wyjęto oko i stwierdzono, że w głębi oczodołu tkwiła igliczka 16 ctm. długa, drążąca do podstawy mózgu; wyjęcie tej igliczki spowodowało śmierć chorej. — Dalej przytacza mowca przypadek, opisany w »Nowinach lekarskich«. Dotyczy on parobka, u którego po zranieniu oka brzeszczotem rozwinęło się zapalenie tkanki natwardówkowej (*episcleritis*); przy badaniu wyczuwano narośl, rzekomo pochodzącą z kostniaka w głębi oczodołu. Przecinając rzekomego kostniaka przekonano się, iż był to ów brzeszczot, 8 ctm. długi. — Następnie przytacza mowca chorego, u którego w soczewce oka tkwił odłamek naboju, nie wywołując nawet po latach kilku żadnych zmian w oku, oraz podobny przypadek, w którym u maszynisty kolejowego tkwił kawałeczek szkła w soczewce oka, ktory dostał się tam przy wybuchu manometru. Kawałeczek ten można było tylko zgłębnikiem wyczuć; kawałeczek ten wydobyto i chory wyszedł wyleczony ze wzrokiem dobrym. Wreszcie przytacza mowca przypadek, w którym z wywiadów nic nie można było się dowiedzieć, badanie zaś wykryło obecność jakiegoś ciała obcego w oku; oko było w stanie zapalnym i groziło współczulne zapalenie drugiego oka; wydobyciem ciała obcego, którem był kawałek szkła 2 ctm. długi, chorego wyleczono.

VI. W końcu objaśniał kol. Prof. Wicherkiewicz rzucone epidiaskopem na ścianę obrazy z fotografii, przedstawiające rzadkie i ciekawe zmiany chorobowe, spostrzegane i leczone tak w krakowskiej klinice, jak i w prywatnej praktyce, jakoto: Mięsak oczodołu i wysadzenie oka prawego u dziecka przed i po operacyi, mięsak barwikowy powiek, rak powieki oka lewego przed i po operacyi; *blepharochalasis* (u dziewczynki); opadnięcie powiek, operowane sposobem Wicherkiewicza (u kobiety); jednostronne wysadzenie oka w chorobie Basedowa (u kobiety); wrodzona szczelina powiek (*coloboma palpebrarum*) (u dziecka); pasówka (*herpes zoster*) głowy, czoła, powiek, spojówki i rogówki (u kobiety); podwinięcie rzęs (u kobiety); wysadzenie lewego oka, powstałe po wycięciu guza (nerwiaka) na szyi (u dziewczynki); wywinięcie dolnej powieki oka lewego przy rozległym toczniu twarzy, wreszcie *blephorochalasis* (u kobiety); obrazy te ze względu na niezwykłą dokładność i wyrazistość obudziły powszechne zajęcie.

Sekretarz: *Wilczyński.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

XI. posiedzenie naukowe dnia 1 czerwca 1906 r.

Przewodniczy kol. Stachiewicz, później kol. Kosmiński; protokołuje kol. W. Ziembicki.

Obecnych 37 członków.

Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

I. Kol. M. Selzer przedstawił chorą z **akromegalią** (z oddz. II. wewn. szpit. powsz.). Chora ta, 23-letnia kobieta, urodziwszy przed 3 laty zdrowe dziecko, nie miesiączkuje od tego czasu, a szukała porady lekarskiej na nadzwyczaj silne i uporczywe bole głowy. Stwierdzamy u niej rozrost szczęki dolnej, powiększenie nosa, zgrubienia kości palców, nadto lekkie porażenie prawego nerwu twarzowego, przeczulicę po tejże stronie. Chora odznacza się przytem płaczliwością i łatwo popada w stan przygnębienia.

II. Kol. J. Świątkiewicz przedstawia cały szereg chorych z kliniki dermatologicznej, u których stosował **obmyślony przez siebie sposób leczenia tocznia** (*lupus vulgaris*) **eugallolem**. Sposób ten polega na zakładaniu przymoczek z **roztworu eu-**

gallolu w acetonie. Wyniki jak dotąd, są bardzo pomyślne, a streszczają się według autora, jak następuje: 1) Eugallol działa dostatecznie silnie nie tylko na powierzchowne, ale i na głęboko usadowione guzki i nacieki; 2) działanie jego jest wybitnie wybiórcze (elektywne); 3) daje ono doskonały wynik kosmetyczny; 4) jest skuteczne także w przypadkach przejścia tocznia na błonę śluzową; 5) leczenie samo nie jest przewlekłe. Działanie eugallolu nie sprawia chorym znaczniejszych dolegliwości, a jak dotychczasowe doświadczenie prelegenta dowiodło, przetwór ten nie wywołał ani razu zadrażnienia nerek. Prelegent i w przyszłości nie omieszka zdać sprawy ze spostrzeżeń co do trwałości wyleczenia tym sposobem. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusyi przemawia kol. prof. Łukasiewicz. Jakkolwiek jest on gorącym zwolennikiem chirurgicznego leczenia tocznia, zwłaszcza tam, gdzie ognisko da się o ile możności radykalnie usunąć, przyznaje, że sposób, zastosowany przez kol. J. Świątkiewicza, zasługuje już dziś na uwagę, pomimo, że dopiero dalsze spostrzeganie okaże, o ile piękne i szybkie wyniki, osiągnięte zapomocą eugallolu, będą trwałe. Mowca podnosi elektywność działania tego przetworu i tę okoliczność, że działając w szczególności tylko na chore miejsca, nie sprawia chorym tych dolegliwości, jakie towarzyszą stosowaniu n. p. pasty żrącej, lub oddzieraniu po tem strupów, wreszcie, że gojenie się postępuje pod wpływem eugallolu bardzo szybko.

III. Kol. prof. Gluziński okazał następnie preparaty anatomiczno-patologiczne z przypadków, spostrzeganych w klinice lekarskiej, dodając objaśnienia z przebiegu klinicznego.

I. **Rak płuc.** 51-letni mężczyzna, z zawodu kominiarz, zgłosił się był do kliniki, skarżąc się na uporczywy kaszel, duszność, obfite odpluwanie, podając przy tem, że zauważył, jakoby mu po napadzie kaszlu miała brzęknąć twarz, szyja i kończyny górne. Od czasu do czasu doznawać miał dreszczów i uczucia podwyższonej ciepłoty; zeszczuplał. Miał dawniej przebyć kilkakrotnie zapalenie płuc. W klinice stwierdzono w istocie opisywane w wywiadach niestałe, przemijające obrzęki, zajmujące twarz, powieki, szyję i kończyny górne, zwłaszcza prawą. Obrzęki te występowały rzeczywiście wyraźniej po napadzie kaszlu, a to nadewszystko rano, kiedy kaszel był szczególniej uporczywy. Na klatce piersiowej spostrzeżono porozszerzane naczynia żylne. W prawym szczycie stwierdzono stłumienie, do 2 żebra sięgające, z osłabionem drżeniem i zniesionymi szmerami oddechowymi, bez obecności płynu. Natomiast po tejże stronie w dole stwierdzono płyn zapalny. Stwierdzono gorączkę o torze przerywanym. W ropnej plwocinie, obficie odkrztuszanej, prątków Kocha nie znaleziono. W obec tego, że wspomniany naciek w prawym szczycie zaczął się szybko posuwać, tak, że w ciągu 2 tygodni sięgał już do 3 żebra, a wyniszczenie postępowało, rozpoznano po wyłączeniu innych spraw (gruźlica, ropień, tętniak i t. d.) nowotwór płuca z przerzutami do gruczołów oskrzelowych i uciskiem na żyłę główną górną, jakoteż następowem zapaleniem wysiękowem opłucnej. Zauważyć należy, że gruczoły nigdzie nie były powiększone. Sekcya rozpoznanie potwierdziła, wykrywając przytem, że punktem wyjścia nowotworu (raka) było prawe oskrzele, i że sprawa nowotworowa rozwinęła się następnie w ścianie żyły głównej górnej, wywołując opisane objawy uciskowe.

W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Wiczkowski, który w ostatnich latach spostrzegał na swym oddziale 3 przypadki nowotworu płuca. Mowca zwraca uwagę na nastręczające się czasem trudności rozpoznawcze. U pewnej chorej, u której miał podstawy rozpoznawać nowotwór płuca (stłumienie w śródpiersiu, brak gorączki, brak prątków, liczne, powiększone i twarde gruczoły), sekcya stwierdziła gruźlicę płuc.

II. **Marskość wątroby u osobnika z niedorozwojem fizycznym** *(infantilismus)*. Mężczyzna 28-letni zgłosił się do kliniki, przedstawiając obraz przerostowej marskości wątroby (wątroba duża, twarda, śledziona duża, twarda, żółtaczka, brak płynu w jamie brzusznej). Etyologicznych szczegółów na wytłómaczenie tej marskości nie udawało się stwierdzić. Wobec tego, że uderzał niedorozwój fizyczny chorego i matołkowatość, przychodził na myśl związek pomiędzy marskością wątroby, a upośledzeniem rozwoju *(infantilismus)*, o czem obszernej była mowa na tegorocznym zjeździe lekarskim w Monachium. Zauważono mianowicie, że marskość wątroby występuje u osobników, odznaczających się niedokształceniem gruczołu tarczowego. Na podobny związek zwracał już uwagę Trousseau. Chory zmarł wkrótce na włóknikowe zapalenie płuc. Sekcya obok powiększenia wątroby i znacznego powiększenia śledziony stwierdziła utrzymaną grasicę *(thymus persistens)* i mały gruczoł tarczowy, a badanie histologiczne wątroby stwierdziło w niej zmiany, odpowiadające marskości zanikowej. Serce w całości przerosłe bez widocznej przyczyny. Kościec będzie szczegółowo badany. Wynik więc sekcyi popiera powyższe przypuszczenie.

Sekretarz *W. Ziembicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 22 maja 1906.

1) Kozerski przedstawił **11 przypadków grzybicy włosów głowy, naświetlanych** w jego zakładzie przez kol. Górkiewicza. W dwóch przypadkach ogniska były tylko pojedyncze: ograniczono się więc do naświetlania tylko pojedynczych kółek tej wielkości, jaką zajmowały ogniska grzybicy. W trzech przypadkach pozbawiono włosów po dwa koła, w jednym trzy koła, w pozostałych zaś wobec zajęcia całej głowy, naświetlano skombinowaną metodą Kienbecka, wywołując utratę włosów na całej głowie. Skóra naświetlanych chorych nie uległa najmniejszemu nawet podrażnieniu, jest czystą, gładką, zdrową. W czterech przypadkach rozpoczął się już porost włosów zdrowych, w jednym jest on już bardzo znaczny.

2) Borymowski przedstawił chorą około 20-letnią, która podlegała **trzykrotnej laparatomii** z powodu guzów zaotrzewnych. Pierwszej operacyi dokonano przed 4 laty: wyjęto guz zaotrzewny, wagi 29 funtów. Rozpoznanie anatomiczne wahało się między śluzakiem, a tłuszczakiem. Drugą operacyę wykonano po dwóch latach; znaleziono wtedy guz 20-funtowy w jamie otrzewnej, wychodzący z sieci. W rok po drugiej operacyi chora zgłosiła się z nowym guzem w jamie brzusznej; przy operacyi okazało się, że guz mieści się za otrzewną wzdłuż kręgosłupa, obejmując pnie dużych naczyń. Obecnie w cztery miesiące po operacyi znowu wyczuwa się guz w lewym dole biodrowym, wielkości pięści.

3) Kopczyński Stanisław i prof. Kryński przedstawili chorą, dotkniętą **padaczką korową** (Jacksona) i leczoną na drodze chirurgicznej. Ojciec chorej 30-letniej cierpi na padaczkę. Przed 8-laty po raz pierwszy doznała chora napadu nerwowego, polegającego na ogólnem stężeniu ciała, uczuciu gorąca i spazmatycznych krzykach; przytomności nigdy nie traciła. Po wyjściu za mąż doznawała takich samych napadów co kilka tygodni, zwłaszcza w okresie ciąży. Od czterech lat przy napadach »poczęło jej wykrzywiać twarz« w prawą stronę i poczęły pojawiać się drgawki w prawej ręce i prawej nodze. Podczas ostatniej ciąży (1905 r.) napady były bardzo częste, w dwa tygodnie jednak po porodzie znikły i dopiero po czterech miesiącach powróciły. Badanie chorej w tym właśnie czasie stwierdziło: co kilka minut występujące w prawej połowie ciała kurcze (toniczne), przechodzące następnie w drgawki, lekki niedowład kurczowy prawostronny bez zaburzeń czucia i odczynu źrenic; dno oka bez zmian, mocz prawidłowy. Wobec rozpoznania padaczki Jacksona, prawdopodobnie w następstwie rozwijającego się nowotworu, przystąpiono do operacyi, która stwierdziła jedynie tylko zgrubienie czaszki w okolicy, odpowiadającej pasowi ruchowemu kory mózgowej; grubość kości dochodziła do 1,5 ctm. W dwa tygodnie po operacyi napady zupełnie ustały i niedowład znikł. Od tego czasu, t. j. od września do marca r. b. żadnych napadów chora nie miała. Na początku marca napady wróciły z większą jeszcze siłą: kurcze i drgawki w prawej połowie ciała występowały niemal co kilka minut, przyczem stwierdzono zupełne porażenie kurczowe prawostronne i wybitną niemotę ruchową; przytomności chora podczas napadów nie traci. W przypuszczeniu, że przy pierwszej operacyi usunięto za mało zgrubiałej kości i ucisk trwa dalej, przystąpił prof. Kryński do powtórnej operacyi. W ciągu pierwszych dni po operacyi napady się powtarzały, po 43 dniach t. j. 27 marca r. b. ustały zupełnie i już nie wróciły; wkrótce powróciła i mowa i siła ruchowa w porażonej części ciała. Czy stan taki potrwa długo i czy owo zgrubienie kości uważać należy w omawianym przypadku za przyczynę padaczki, Kopczyński przesądzać nie może. Opierając się na danym przypadku, jak również na kilku innych, przez siebie spostrzeganych i z piśmiennictwa zaczerpniętych, podkreśla, że znaczenie objawowe padaczki Jacksona nietylko zmalało, lecz wprost w wątpliwość podane być może.

4) Cykowski St. wypowiedział rzecz p. t.: **„Przelewania krwawe oraz rozwiązanie w leczeniu drgawek porodowych“.** Przebiegłszy piśmiennictwo swojskie i obce, wymienia prelegent następujące, w tej sprawie przez różnych autorów wyznawane poglądy. 1) Jedni autorowie przy leczeniu rzucawki uciekają się zawsze do morfiny, inni ją odrzucają. 2) Jedni zalecają

jednoczesne stosowanie upustu krwi i wlewań solnych, inni zaś wątpią o wartości leczniczej tego zespołu. 3) Prawie wszyscy przez prelegenta przytoczeni autorzy zalecają w rzucawce jak najszybsze rozwiązanie chorej, wychodząc z założenia, iż usuwając płód i łożysko, wydala się temsamem i źródło toksyn, rzucawkę wywołujących. Wobec tego zwolennicy czynnej interwencyi położniczej stosują upust i wlewania już po rozwiązaniu. W przeciwieństwie do prawie powszechnie przyjętych poglądów jedynie Ferré i prelegent za zasadnicze zabiegi w leczeniu rzucawki porodowej uważają upust krwi i wlewania solne. Prelegent wychodzi z założenia, iż dotąd nie dowiedziono, aby wyłącznie łożysko było źródłem toksyn, rzucawkę wywołujących; a ponieważ wszyscy zgadzają się na to, że trujące substancye krążą we krwi matki, więc natychmiastowy przy wystąpieniu napadu upust krwi jest zupełnie zrozumiały i usprawiedliwiony. Prelegent dołącza do tego jeszcze i wczesne rozwiązanie chorej. Upust krwi po rozwiązaniu uważa C. w zasadzie za zbyteczny.

W dyskusyi Halpern zaznacza, że nie posiadamy żadnego dowodu, żeby zatrucie krwi było powodem rzucawki. Zdaniem mówcy powstają tu tylko odruchy wskutek nieprawidłowego odżywiania tkanek. W okresie ciąży sprawa odżywiania i czynności narządów płciowych działa nieprawidłowo na niezliczoną ilość zakończeń nerwów czuciowych w tych narządach, a ciągłe to drażnienie do tego stopnia niepokoi układ nerwowy, że bardzo łatwo powstają najrozmaitsze odruchy. Tem się tłómaczą porodowe napady rzucawki, a stąd jasnem się staje, że usunięcie płodu nie może samo przerwać rzucawki, bo jednocześnie z płodem nie usuwa się chorobowego stanu narządów płciowych. Staniszewski przytacza teoryę Zweifla, który za przyczynę rzucawki uważa niedostateczne utlenianie białka we krwi, czego następstwem jest znaczna ilość kwasu mięsnomlecznego w moczu i we krwi matek, w pępowinie płodu i we krwi łożyska. Pierwszem miejscem powstawania tego kwasu — jest płód, stąd pierwszem wskazaniem w leczeniu rzucawki porodowej jest rozwiązanie chorej. *Ign. L.*

Posiedzenie kliniczne dnia 29 maja 1906 r.

1) Starkiewicz W. przedstawił chorego **z tętniakiem aorty** wstępującej bez tętna w całej niemal górnej połowie ciała. Na plecach po obydwóch stronach na przestrzeni od dziesiątego międzyżebrza do połowy łopatki rozwinęły się całe sploty tętnic dodatkowych.

2) Brudziński Józef (Łódź), podawszy na wstępie historyę powstania szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi, opisał szczegółowo oddzielne pawilony dla chorych i pomieszczenia izolacyjne, przedstawił organizacyę pomocy ambulatoryjnej, podział pracy między lekarzy, regestracyę chorych, organizacyę służby niższej i dozorczyń, dyetę chorych, wreszcie naczelny kierunek szpitala.

3) Pinkus St. (Londyn) wygłosił rzecz pod tytułem: **„Teorya i praktyka w stosowaniu pokarmów przetrawionych"**. Wspomniawszy o najróżnorodniejszych czynnikach, wywierających mniej lub więcej znaczny wpływ na wszelkie fazy trawienia, prelegent omawia najnowsze badania Sivena i innych, które dowiodły, że ilości pokarmów, uznane przez szkołę niemiecką za *minimum*, można jeszcze znacznie obniżyć bez szkody dla ustroju. W wymianie materyi należy rozróżniać t. z. wymianę tkankową (endogeniczną — wewnętrzną) i energetyczną (egzogeniczną). W chorym ustroju wobec obniżenia do ostatecznych granic egzogenicznej wymiany, należy ją oszczędzać. Próby zastąpienia niezmienionego białka i węglowodanów przetworami, zawierającymi te substancye w stanie przetrawionym, spotkało niepowodzenie, które należy tłómaczyć tem, że przetwory te są albo nieczyste (zawierają toksyny albo toksalbuminy), albo też nie rozpuszczają się, lub nawet nie pęcznieją. W Ameryce już od 15 lat stosowane są zaczyny trawiące, zwłaszcza wyciągi trzustki, zawierające proteo-amylolityczne i diastatyczne fermenty. Przy stosowaniu tej metody można otrzymać różne pokarmy poza ustrojem już przetrawione, które znakomicie ułatwiają pracę chorego żołądka i kiszek. Prelegent przedstawił kilka takich przetworów, jak panopepton i t. p. *Ign. L.*

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Posiedzenie w dniu 30 marca 1906.

1) Łazarewicz zdał sprawę z niewyjaśnionego przypadku, w którym rozpoznanie waha się między nowotworem złośliwym, a przerwaną **ciążą zewnątrzmaciczną równocześnie z ciążą prawidłową**. 27-letnia kobieta, wieloródka; przed ostatnią ciążą były dwie ostatnie regularności słabsze, niż zwykle i wtedy zauważyła chora guz, wytwarzający się po prawej stronie podbrzusza. Po ostatnim porodzie brzuch mimo opróżnienia się macicy niewiele się zmniejszył, pozostały dolegliwości w brzuchu, brak łaknienia, wolne stolce, wzmagające się osłabienie. Badanie stwierdza w brzuchu guz, odpowiadający rozmiarami ciąży donoszonej, a pojedyncze części guza przypominają części płodu, jakby główkę, leżącą w okolicy nadbrzusznej, grzbiet po stronie prawej, pośladki nad miednicą, w sklepieniu przedniem jakby nóżkę, a w tylnem jakby stwardniałe łożysko. W dyskusyi zaleca kol. Święcicki zdjęcie rentgenogramu, które przyrzeka wykonać kol. Połczyński.

2) Łazarewicz wygłasza pogadankę p. t. **„Czy rozsądne uświadamianie dzieci w kwestyach płciowych jest czynnikiem umoralniającym?"**, odpowiadając na to pytanie twierdząco i zalecając uświadamianie stopniowe i okolicznościowe w wieku szkolnym. — W dyskusyi oświadcza się przeciw uświadamianiu tylko Kapuściński, zgadzają się z wywodami prelegenta Święcicki, Gantkowski, Zakrzewski i Połczyński.

3) Życzenie Karwowskiego, aby członkowie Wydziału poparli działalność Towarzystwa higieniczno-społecznego, na które przekształca się obecnie Towarzystwo ku zwalczaniu chorób płciowych, przyjęli zebrani przychylnie.

(Według »Nowin lekarskich«, Nr 6). *K.*

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Otrzymujemy następujące pismo z prośbą o umieszczenie.

Do Szanownych Kolegów, członków Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Zapobiegawcza działalność wobec chorób, wzmożenie siły i tężyzny indywidualnej wśród ludności, a szczególnie młodzieży, niejedno w kraju naszym pozostawia do życzenia. Mimo poprawy ogólnych warunków zdrowotnych w ostatnich latach kilkunastu śmiertelność z gruźlicy w naszych stolicach nietylko nie opada, ale wyraźnie wzrasta. Śmiertelność z gruźlicy, wynosząca w naszych miastach nieraz przeszło ¼ wszystkich zgonów, wyróżnia je od miast w zachodnich prowincyach Austryi. Działalność rządowych i autonomicznych organów sanitarnych, przeważnie przeciążonych czynnościami urzędowemi, zobowiązanych do przestrzegania niejednokrotnie niedostatecznych ustaw i rozporządzeń sanitarnych, walczącym z brakiem zrozumienia spraw sanitarnych, a nieraz i złą wolą ludności, nie zdoła spełnić swego szczytnego zadania bez szerszego poparcia, bez współdziałania gron, nie posiadających piętna ściśle urzędowego.

W każdem ze społeczeństw zachodnich zadanie to spełniają towarzystwa higieniczne, powstałe z inicyatywy lekarzy, w których też lekarze najważniejszą i szczytną odgrywają rolę. We Francyi ruch przeciwgruźliczy, wszczęty przez lekarzy, stworzył prawie 50 towarzystw, w Niemczech każda stolica prowincyi posiada towarzystwo higieniczne. Kraków posiadał lat kilka »Towarzystwo opieki zdrowia«, zwinięte przed 11 laty z powodu zbyt słabego poparcia. Warszawskie towarzystwo higieniczne z licznemi swemi filiami w Królestwie jest bodaj czy nie najpopularniejszem, a z pewnością jednem z najżywotniejszych tamtejszych towarzystw. Lwowskie towarzystwo higieniczne coraz większy wywiera wpływ na sanitarne stosunki Lwowa i jego okolicy. W Poznaniu ruchem tym kieruje tamtejszy zakład higieny i ludzie, skupiający się wokoło niego. Jedynie Krakowowi, jak również całej Galicyi zachodniej, zbywa obecnie na odpowiedniem towarzystwie; zadanie to spełnić ma świeżo utworzona w krakowskiem towarzystwie lekarskiem komisya higieniczna. Zadanie tej komisyi polegać będzie na obeznaniu jej członków z teoretycznymi i praktycznymi postępami higieny w pojęciu naukowem, badaniu stosunków sanitarnych, inicyatywie w przeprowadzeniu poprawy tych stosunków, oraz popularyzacyi wiedzy o pielęgnowaniu zdrowia, a zatem obok teoretycznej głównie na działalności praktycznej na polu zdrowia publicznego i indywidualnego. Że komisya ta bez jak najszerszego udziału lekarzy praktycznych, stykających się bezpośrednio z ludnością, nie rozwinie należytej

działalności, tłómaczyć nie ma potrzeby. Zwracamy się przeto do Szanownych Kolegów, przedewszystkiem członków krakowskiego Towarzystwa lekarskiego z gorącą prośbą o poparcie naszych usiłowań, oraz o zapisywanie się na listę członków komisyi higienicznej i udział w jej pracach w nadziei, że prośba nasza nie pozostanie bez echa, a udział Krakowa około poprawy stosunków zdrowotnych, tak pięknie rozpoczęty utworzeniem »Towarzystwa opieki zdrowia«, dorówna w zupełności wkrótce działalności innych miast i towarzystw o tym samym celu.

Sekretarz komisyi *Dr Leonard Bier.* Przewodniczący komisyi higienicznej *Prof. Dr H. Jordan.*

W sprawie wzajemnego wynagradzania się lekarzy *otrzymujemy następujące uwagi:*

W sprawie, czy lekarze powinni wzajemnie się wynagradzać, zdania są bardzo podzielone, co nas dziwić nie powinno, boć od lekarzy wymaga się tyle świadczeń bezpłatnie. Haseł humanitarnych nadużywają laicy, aby rozszerzyć zakres naszego działania humanitarnego bez najmniejszych wobec nas zobowiązań, ale lekarze sami dobrowolnie coraz to nowe ciężary na kolegów nakładają. W pobudki tu bliżej wchodzić nie chcę, przypomnę tylko słuszne utyskiwania na ambulatorya kliniczne i szpitalne, w których ma mieć prawo do leczenia nietylko biedak, ale i majętny.

Chory jest samolubem, a lekarz chory różni się tem od laika chorego, że jest samolubem do kwadratu. A jeżeli się zastanowimy nad stanem psychicznym chorego lekarza lub jego rodziny, dojdziemy do przekonania, że jest on równie nieufnym, skłaniającym się do próbowania szczęścia u partaczy, znachorów i t. d. Wymagania od umiejętności lekarskich są bowiem równie przesadne i nierozsądne w rodzinach lekarzy, jak u laików. Idzie za tem, że w rodzinach lekarzy musi lekarz wyłożyć więcej pracy; po przebyciu choroby czyni się za wynik niepomyślny i w rodzinach lekarzy odpowiedzialnym lekarza; w przypadkach pomyślnych zaś, mówi się, że natura choremu pomogła.

Jak się zaś postępować powinno w przypadkach, gdy lekarz lub jego rodzina użyje pomocy lekarskiej, czy lekarz powinien przyjmować wynagrodzenie za swe trudy, na to brzmieć musi odpowiedź: i »tak« i »nie«. Zależy to od bardzo wielu okoliczności. W takich przypadkach, w których pomoc lekarska nie była połączona z większym trudem, a ograniczyła się do jednej lub kilku wizyt, do drobnego zabiegu i t. d., zarówno żądający pomocy przyjąć ją może od kolegi z całym spokojem, jak i druga strona udzielić jej może bez żadnego uszczerbku dla siebie. Gdyby zaś żądający pomocy żadną miarą nie chciał jej przyjąć bezpłatnie, wtedy można od niego przyjąć bardzo skromne wynagrodzenie i przeznaczyć je na jaki cel humanitarny. Wiem, że tak bardzo wielu kolegów postępuje.

Jeśli zaś udzielenie pomocy wymagało większych trudów, połączonych z wielkim uszczerbkiem materyalnym dla lekarza z tą pomocą spieszącego, wtedy rzecz przedstawia się nieco drażliwiej. W tych razach uwzględnić się musi położenie materyalne obu stron. Jeżeli lekarz spieszący z pomocą jest początkującym, lub ma rodzinę, którą wyżywić musi, a nie ma majątku, wtedy lekarz dobrze majątkowo uposażony nawet powinien za te trudy wynagrodzić kolegę, a ten wynagrodzenie przyjąć musi bez zrzekania się go na cele humanitarne. *Prima charitas ab ego.*

Zdarza się atoli, że obie strony znajdują się w złem położeniu majątkowem. Wtedy kolega śpieszy z pomocą bezinteresownie, a w nagrodę za to bardziej się zniszczył materyalnie, aniżeli kolega, którego dom choroba nawiedziła. Ten bowiem może się powołać na nieszczęście, które go spotkało i koledzy lub stowarzyszenia humanitarne pospieszą mu z pomocą. Lekarz zaś, który tygodniami czuwał nad łożem chorego, — zaniedbał swoją praktykę i popadł w nędzę. W tych przypadkach stowarzyszenia humanitarne tem bardziej pomocy udzielić powinny, a pomoc ta powinna przybrać cechy zaszczytnej nagrody za poświęcenie. Rzeczą zaś kolegi, któremu sąsiad pośpieszył z pomocą, być winno, aby o tem zawiadomił, kogo należy i tym sposobem spłacił dług wdzięczności, u kolegi zaciągnięty.

Jakże się dzieje w rzeczywistości? Rozmaicie. Zależy to od taktu i od szlachetności kolegi. Kolega majętny znajdzie tysiące sposobów okazania swej wdzięczności drugiemu koledze i skłonienia go do przyjęcia honoraryum. Popełniłby zaś ogromny nietakt, gdyby po chorobie doń napisał: »Kolego! wzywałem Waszej pomocy, której mi nie odmówiliście, proszę o rachunek«. Takie listy bolą i goryczą napełniają. Rozrywają one brutalnie stosunki przyjaźni, które poprzednio kolegów łączyły, a lekarz altruista nietylko nie otrzyma wynagrodzenia za trudy, bo rachunku nie pośle, ale nadto straci przyjaciela.

Rozlicznych tych odcieni przyjmowania i świadczenia przysług należycie nie oceni wzięty lekarz stołeczny, intratną praktykę mający, ale przyjrzeć się trzeba mrówczej pracy lekarza prowincyonalnego. Przyznajmy mu bezwzględnie prawo do pobierania wynagrodzenia za pracę, z której żyć musi. Jeżeli postawimy rzecz jasno, że kolega koledze trudy ma wynagrodzić, wtedy i szersza publiczność nie będzie lekarzy wyzyskiwać.

Dr Bogdanik.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 17 do 23 czerwca 1906 r. doniesiono o nowych przypadkach ospy: 3 w 2 gminach, a mianowicie w pow. Chrzanów (Libiąż mały 1), Tarnów (Kielanowice 2); duru plamistego 44 przypadków w 16 gminach, a mianowicie w pow. Brody (Podmonastyrek 6), Brzeżany (Glinna 1), Cieszanów (Lubliniec w. 4), Horodenka (Żuków 2, Piotrów 1), Jaworów (Żmijowiska 2), Kałusz (Dobrowlany 1, Nowica 1), Lwów pow. (Barszczowice 11), Sambor (Dorożów 1), Śniatyn (Rudniki 2, Trościaniec 1), Tłumacz (Bortniki 3), Turka (Swidnik 2), Zaleszczyki (Burakówka 4), Złoczów (Bełzec 2); nagminnego zapalenia opon mózgowordzeniowych 7 przypadków w 7 gminach, a mianowicie Biała (Huciska 1), Pilzno (Jaworze górn. 1), Rzeszów (Rzeszów 1), Rudki (Bieńkowa w. 1), Stryj (Synowódzko w. 1), Wieliczka (Zagorzany 1), Żydaczów (Żurawno 1). *T.*

Śmiertelność i chorobowość Krakowa w r. 1901 i 1902. W świeżo wydanym przez Biuro statystyczne miejskie znakomicie opracowanym IX zeszycie »Statystyki m. Krakowa« znajduje się bogaty materyał, dotyczący spraw zdrowia publicznego. Z zawartych w nim danych wyjmujemy następujące liczby: zmarło ‰ mieszkańców bez obcych i wojska w Krakowie w roku 1901 19.34, (w gminach podmiejskich 21.63), w roku 1902 śmiertelność w Krakowie i gminach podmiejskich zrównała się (20.27); z gruźlicy zmarło w Krakowie w roku 1901 — 22.13‰ (20.07), w roku 1902 — 22.44 (22.81). — Na choroby zakaźne ostre zachorowało w Krakowie w r. 1901 — 10.69‰ mieszkańców (w gminach podmiejskich 16.38), a w r. 1902 — 7.64 (6.81). *R.*

Z ruchu ludności w Krakowie. Między 17/VI. a 23/VI. b. r. urodziło się dzieci żywo 61, nieżywo 3; zmarło osób 57 (obcych 25); z tego z gruźlicy 15 (6), zapalenia płuc 8 (1), błonicy — (—), krztuśca — (—), ospy — (—), płonicy — (—), odry 2 (—), duru osutkowego — (—), duru brzusznego 2 (1), czerwonki — (—), innych chorób zakaźnych 1 (1), śmierci gwałtownej 4 (3). —

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 10 do 16/VI 1906 r. zgłoszono przypadków błonicy 6 (obcych 0), krztuśca 5, płonicy 5, duru brzusznego (2), nagminnego zapalenia opon 1; w tymże czasie zmarł z nagminnego zapalenia opon 1 chory.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia 27/VI b. r. posiedzenie, na którem dr Latkowski wykładał: »O wpływie białka surowicy krwi na jej punkt marznięcia«. W dyskusyi przemawiali dr Gertler i Frączkiewicz.

— Prof. dr Walery Jaworski mianowany został profesorem zwyczajnym rzeczywistym i dyrektorem kliniki lekarskiej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Inauguracyjny wykład prof. Jaworskiego w dniu 27/VI b. r. dał sposobność do gorącej owacyi ze strony młodzieży, której imieniem przemawiał słuchacz med. p. Oszacki, i ze strony Wydziału lekarskiego, którego wszyscy członkowie na wykład ten przybyli.

— Dyplom doktora wszech nauk lekarskich otrzymał p. Bernard Grünzweig, rodem z Krakowa.

— Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył d. 23/VI posiedzenie, na którem załatwiono szereg spraw administracyjnych, ułożono porządek dzienny obrad Pełnej Izby, którą uchwalono zwołać na dzień 14 lipca b. r., przedyskutowano sprawy, mające z inicyatywy Izby przyjść pod obrady XI. wiecu Izb w Krakowie, przyjęto do wiadomości zamknięcie rachunków za rok ubiegły, wreszcie uchwalono odpowiedź Namiestnictwu w sprawie rekursu przeciw jednemu z orzeczeń Wydziału Izby. Z powodu spóźnionej pory nie wyczerpano porządku dziennego

i postanowiono odbyć jeszcze jedno posiedzenie Wydziału przed zebraniem się Pełnej Izby. *L.*

Lwów. Ku uczczeniu 35-letniego jubileuszu pracy dla kraju ustępującego inspektora szpitali krajowych, dr Jana Stelli-Sawickiego, urządził utworzony w tym celu komitet prymaryuszy w dniu 24 czerwca b. r. uroczysty obchód przy licznym udziale lekarzy z całej Galicyi. Wobec tłumnego zgromadzenia w sali Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odczytał prezes komitetu dyr. dr Józef Starzewski następujący, niemilknącymi oklaskami przyjęty adres:

»Wybranym tylko dane doczekać w czerstwości wieczora pogodnego i patrzeć przy blaskach zachodu na spełnione dzieło żywota, wspominać drogi wśród cierni przebyte, spożywać słodkie owoce zasług i uznania.

Takim wybrańcem Opatrzności Ty jesteś, Czcigodny Panie, byś trwał żywym wzorem dla młodego pokolenia, że każde pole sposobne dla prawego Polaka i prawego człowieka — że w najcięższej chwili nie trzeba tracić wiary, ani rąk opuszczać.

Przebywszy udręczenia, męki i zawody epoki, która Cię nie starła, choć jak Moloch żywiła się ludźmi — nie siadłeś płakać na zgliszczach, ale stanąłeś w szeregach tych, co z pod gruzów dźwignęli się do roboty, wołając: jeszcze nie zginęła....

Byłeś z tych, o których powiedziano: zawsze Oni....

I kiedy Cię Władze krajowe powołały na stanowisko Inspektora szpitali publicznych, zabrałeś się do nowej pracy na roli stojącej odłogiem, zachwaszczonej, zawalonej kamieniami. Hart duszy i zapał bojownika towarzyszyły Ci w tym nowym zawodzie. Ile zdziałałeś, świadczy obecny kwitnący stan szpitalnictwa naszego. Warunki miałeś trudne, walczyłeś z przesądami pokoleń, z uporem obywatelskich krótkowidzów i niechęcią zaściankowych wielkości; — walczyłeś w czasach, kiedy brak kolei, dobrych dróg, wszelkich wygód, czynił Twe podróże po zakątkach kraju prawdziwemi wyprawami, wymagającemi sił i zdrowia.

Nie poprzestając na tem, rozwinąłeś równocześnie działalność publicysty, czy jako dziejopis krwawej doby 63 roku, czy jako przyrodnik, higienista i bystry obserwator bieżących potrzeb kraju, a stworzyłeś piórem dzieł pożytecznych tyle, że stanowią one już dorobek tak poważny, że wystarczyłoby go samego na pomnik pracowitości płodnego pisarza.

Dziś, kiedy złożyłeś urzędową pracę i pora wywczasu Ci nadeszła, kiedy przeglądasz dzieje pracowitego żywota, czuć musisz w piersiach poczciwą dumę, że siły Twe jeszcze nie stargane, że nie pora Ci jeszcze usiąść u komina i grzebać we wspomnieniach, boś silny i krzepki ciałem, a młody i czerstwy duchem.

I w dniu Twych pierwszych Imienin Emeryta, my lekarze ze służby krajowej niesiemy Ci hołd uznania, żeś wiek Twój spędził w trudzie i znoju i żeś przechował w Sobie niedościgłą dla nas tężyznę minionej epoki i żeś jest zwierciadłem szermierza wolności i Polaka-lekarza.

Przyjm od nas życzenia gorące, by dalsze jak najdłuższe Twoje życie było pasmem jednem pogodnych, miłych dni tej naszej sławnej, cudnej, polskiej jesieni«.

Za życzenia podziękował Jubilat gorącem przemówieniem. Następnie przy wspólnej wieczerzy przemawiali drdr: radca W. Opolski, prezes Towarzystwa lekarskiego lwows. T. Stachiewicz, rektor uniw. prof. Gluziński, prof. Ziembicki, r. dw. prof. Kadyi imieniem tow. przyr. im. Kopernika, Zagórski i Dulęba jako towarzysze broni Jubilata z czasów powstania, dyr. Starzewski imieniem nieobecnego z powodu choroby inspektora szpitali kraj. dr Łuszczkiewicza, a szereg przemówień zakończył prof. Mars, wznosząc »Kochajmy się«.

W obchodzie tym wzięła udział Redakcya »Przeglądu lek.«, uprosiwszy na swego przedstawiciela i tłómacza swych uczuć prof. dr Ziembickiego. *t.*

— Krajowa Rada Zdrowia obradowała 12 czerwca b. r. 1) nad sprawą jaglicy w kraju, 2) nad wartością przyrządu odkażającego, zbudowanego w zakładzie higienicznym prof. Bądzyńskiego przez c. k. asystenta sanitarnego dr Gąsiorowskiego. W sprawie jaglicy po ożywionej dyskusyi nad referatem prof. Macheka uchwalono przedstawić Namiestnictwu wnioski a) utworzenia bezpłatnych ambulatoryów dla chorych na choroby spojówek w większych miastach i miasteczkach, opierając te ambulatorya o instytucyę lekarzy okręgowych i szpitali prowincyonalnych; b) utworzenia dla próby jednego szpitala ruchomego pod kierunkiem okulisty; c) nieurlopowania żołnierzy, dotkniętych jaglicą, przed wyleczeniem i zapobiegania jaglicy w wojsku; d) ulepszenia wykazów żołnierzy, urlopowanych z powodu jaglicy i przedkładania ich przez wojsko wprost Namiestnictwu; e) ujednostajnienia podstaw rozpoznawczych jaglicy wśród lekarzy cywilnych i wojskowych; f) zebrania dokładnej statystyki jaglicy w kraju. — Za zbudowanie i wypróbowanie działania przyrządu do odkażania zapomocą par formalinowych przy wyższej ciepłocie uchwalono wyrazić uznanie prof. Bądzyńskiemu i dr Gąsiorowskiemu i przyrząd ten Namiestnictwu jak najgoręcej polecić.

— Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbył w dniu 23. czerwca posiedzenie, na którem zajmował się następującemi sprawami: Przeprowadzono w charakterze Rady honorowej rozprawę ustną przeciw dr F. w Z. i wydano w tej sprawie wyrok, w dwóch zaś innych sprawach honorowych przeprowadzono wstępną dyskusyę. — Omówiono w dalszym ciągu sprawę założenia w Izbie »bióra ochrony prawnej« dla lekarzy i uchwalono ostatecznie otworzyć takie bióro z d. 1 października b. r. — Postanowiono zwrócić się do Wydziału wykonawczego Izb, aby tenże przez systematyczne przeglądanie wszystkich wydawnictw parlamentarnych śledził pilnie sprawy, dotyczące, stanu lekarskiego, które mają być przedmiotem obrad parlamentu. — Załatwiono szereg drobniejszych spraw bieżących.

— XIV posiedzenie naukowe Towarzystwa lekarskiego lwowskiego odbyło się dnia 22 czerwca 1906. 1) Prof. Łukasiewicz przedstawił chorego 40-letniego, który od lat 10 cierpi na *lichen ruber acuminatus*. Obok pojedynczych wyniosłych guzków pokrytych łuską, widoczne są miejsca, gdzie guzki gęsto leżą obok siebie, zlewają się ze sobą, a pokryte są łuską, co może w pierwszej chwili sprawiać wrażenie łuszczycy. 2) Dr Leszczyński przedstawił chorych, dotkniętych toczniem, a leczonych nadmanganianem potasowym (1:50) i skaryfikacyami. Wynik leczniczy i kosmetyczny dość dobry. W dyskusyi przemawiał prof. Łukasiewicz. 3) Doc. Kučera przedstawił preparat z zapalenia zastawek serca; z wyrośli na zastawkach wyhodowano dwoinkę tryprową; następnie w dłuższym wykładzie dał dokładny pogląd na tę sprawę. W dyskusyi przemawiali dr Pisek i prof. Gluziński. *t.*

— Wskutek starań zarządu Towarzystwa lekarskiego lwowskiego zezwoliły władze wojskowe przystępować lekarzom wojskowym do Towarzystwa. (Dawniejsze starania o takie zezwolenie nie odnosiły skutku).

Warszawa. Jak żywo przygotowują koła lekarskie w Królestwie pracę na polu lekarsko- i higieniczno-społecznem, świadczy oprócz mnogich artykułów, pojawiających się w tych sprawach w pismach lekarskich i prasie codziennej, prócz ukazywania się książek i broszur, przedmiotowi temu poświęconych (»Medycyna w Samorządzie«), także i dobór tematów w ruchliwem Towarzystwie higienicznem, czego odbiciem jest i treść »Zdrowia«. Ostatni n. p. zeszyt tego pisma poświęcony jest niemal w całości higienie szkolnej, co wobec ruchu na polu własnemi siłami tworzonego polskiego szkolnictwa jest bardzo na dobie. W tymże zeszycie porusza dr Męczkowski piekącą sprawę zaradzenia brakom w szpitalach warszawskich.

— W jesieni roku 1905 zorganizował Komitet Muzeum Przemysłu i Rolnictwa systematyczne wykłady z nauk ścisłych; po uzyskaniu pozwolenia wykłady te rozpoczęto 15 stycznia 1906 a obejmowały one między innymi także biologię ogólną (Sosnowski) i embryologię (Tur). Obecnie zawiązało się Towarzystwo kursów naukowych, które otworzy wolny uniwersytet na znacznie szerszą skalę we wrześniu r. b.

— »Zdrowie« utworzyło celem rozwoju pisma komitet redakcyjny (dotychczas redakcya tego pisma pozbawiona była stałej pomocy szerszego grona).

— Na utrzymanie szpitali warszawskich udzieliło ministeryum spraw wewnętrznych Radziej Miejskiej Dobroczynności publicznej 500,000 rb. pożyczki z funduszów rządowych.

— Nagrodę konkursową im. ś. p. R. Plaskowskiego przyznało Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Władysławowi Sterlingowi za pracę p. t. »Badania psychologiczne nad świadomością i pamięcią w porażeniu ogólnem postępującem«.

— Dr Aleksander Maciesza z Płocka wybrany został posłem do dumy rosyjskiej.

Z różnych stron. Prof. Calmette przedłożył 11 czerwca b. r. akademii nauk ścisłych w Paryżu sprawozdanie z prac swych nad uodpornieniem przeciwko gruźlicy bydlęcej. Stwierdził on naprzód, że można uodpornić młode bydło przez podawanie wewnętrzne małych ilości prątków gruźlicy ludzkiej, a potem, że można uzyskać odporność, której trwania jeszcze określić nie może, także przez dwukrotne w 45-dniowym odstępie podanie hodowli gruźlicy bydlęcej, zabitych 5-minutowem gotowaniem.

Gdyby te spostrzeżenia się sprawdziły, to możnaby, zdaniem Calmettea, podawać w podobny sposób niemowlętom malc ilości zabitych hodowli prątka gruźlicy ludzkiej lub bydlęcej z mlekiem, strzegąc je potem jednak jak najtroskliwiej przez 4 miesiące od sposobności zakażenia, t. j. tak długo, dopóki nie nastąpi uodpornienie. Noworodki rodziców gruźliczych trzebaby w tym celu pomieszczać w osobnych zakładach. W dyskusyi potwierdził Roux, dyrektor zakładu Pasteura w Paryżu, na zasadzie swych doświadczeń, wykonanych wspólnie z prof. Vallée z Alfort, że można bydło rzeczywiście uodpornić przeciw gruźlicy drogą przewodu pokarmowego, oświadczył jednak, że co do uodpornienia tą drogą dzieci nie może jeszcze wydać zdania.

— II międzynarodowy zjazd w sprawie zdrowotności i zdrowotnej policyi mieszkań odbędzie się w Genewie 4—10 września b. r. Wyjaśnień udziela sekretarz zjazdu p. A. Wuarin (Genewa, 3, rue des Moulins).

— Przyszły zjazd w sprawach antropologii kryminalnej ma się według zapadłyah na tegorocznym zjeździe turyńskim uchwał odbyć w r. 1910 w Niemczech.

— Otwarte świeżo pod Londynem uzdrowisko imienia króla Edwarda dla suchotników odznacza się pomysłową innowacyą, mianowicie zbudowane jest terasowato, aby balkonom (leżalniom) wyższych piąter dostarczyć jaknajwięcej powietrza i słońca.

Mianowani: Doc. Dalén nadzw. profesorem okulistyki w Lund; dr Barbera nadzw. profesorem fizyologii w Messinie; dr Tedeschi nadzw. profesorem pedyatryi w Padwie; doc. Albert Plehn w Berlinie — profesorem;

nadzw. prof. anatomii w akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, dr Jan Szawłowski — profesorem zwyczajnym.

Zmarli: Dr Feliks Rymowicz, wychowanek petersburskiej akademii lekarskiej, b. docent uniwersytetu kazańskiego; przed wojną japońską praktykował jako okulista w Warszawie; ogłosił szereg cennych prac, zwłaszcza z zakresu bakteryologii worka spojówkowego. w „Postępie okulistycznym“.

Bibliografia.

— *Gazeta lekarska* Nr 24. Chełchowski: Epidemia włośnicy. Pawiński: (c. d. z Nr 23).

— *Medycyna* Nr 24. Rzętkowski, Dobrowolski: (dok. z Nr 23). — Nr 25. Łapiński: Przyczynek do nauki o chorobach umysłowych pochodzenia toksycznego i zakaźnego ze szczególnem uwzględnieniem t. zw. delirii acuti. Hornowski: O możliwości przedziurawienia kiszki przez glistę ludzką.

— *Nowiny lekarskie* Nr 6. Hornowski: O fałszywych wnioskach, które można wyciągnąć z rezultatów badania moczu. Wachholz: Doświadczalne przyczynki do nauki o śmierci ze zmarznięcia. Karliński: O leczeniu przymiotu srebrem. Kadyi: Rys dziejów Wydziału lekarskiego we Lwowie.

— *Tygodnik lekarski* Nr 25. Wiczkowski, Selzer i Giltelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych do klinicznych badań. Leszczyński: Krętek blady, a rozpoznawanie kiły. Ziembicki. Szumowski: (dok. z Nr 25).

— *Zdrowie* Nr 6. Wernic. Co wiemy o stanie współczesnej higieny szkoluej w Królestwie Polskiem. Sosnowski: Uwagi dla zakładających szkoły średnie ogólno-kształcące i dla wychowawców. Inż. Korniłowicz: Przepisy dotyczące budynków szkolnych. Męczkowski: Kryzys szpitali warszawskich; środki zaradcze. Jaroszyński: Oświetlenie elektryczne pod względem higienicznym.

— *Časopis lekařův českých* Nr 25. Cisler. Poruhy hrtanové pri tabes dorsalis. Schnurpfeil: Pripad habituelné luxace interfalangeálni prstu ruky. Gregor: (dok. z Nr 24). Semerad: Pripad epidemického zánětu mozkomichových plen skončivši kortikalni motorickau afasii.

— *Russkij Wracz* Nr 22. Pawłowskij: Spostrzeżenia i uwagi o ranach postrzałowych pociskami małego kalibru w wojnie rosyjsko-japońskiej. Domiernikowa: Spirochaete pallida w tkance płuc przy pneumonia alba. Szczegolew: O leukocytozie, jej znaczeniu w ostrych chorobach zakaźnych i granicach zużytkowania jej w celach rozpoznawczych. Batujew: (d k. z Nr 21).

— *Semaine médicale* Nr 25. Cheinisse: Gorączka gruczołowa.

— *Presse médicale* Nr 36. Le Gendre: Lekarz, a prawda. Nr 48. Guillain i Thaon: Zgorzel kończyn na tle gruźliczem. Falloise: Poronne krwotoki żołądkowe. — Nr 49. Legueu: O gruźlicy narządów moczowo-płciowych. Martinet: Obecny stan leczenia fosforem. — Nr 50. Dieulafoy; Wielu ludzi, dotkniętych śluzowo-błoniastem zapaleniem kątnicy i okrężnicy, operuje się niepotrzebnie z powodu rzekomego zapalenia wyrostka robaczkowego. Bernard: Żywienie się paryskiej ludności robotniczej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr 25. Escherich: Zastosowanie pyocyanazy w leczeniu nagminnej grypy niemowląt i zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Jehle: O powstawaniu epidemii zapalenia opon. Pick: O mikrografii na tle ruchowem. Doerr: O agresynach. Stegmann i Just: Działanie cieplic w Baden-Baden ze względu na ich promieniotwórczość. Nešpor: W sprawie leczenia ostrego ropienia i zranień kamforą fenolową Chlumskyego.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr 25. Baumann: W sprawie rozróżniania paciorkowców. Ludloff: Osłuchiwanie kręgosłupa, kości krzyżowej i miednicy. Jolly: O obrocie przy łożysku przodującem. Treutlein: Z chirurgii polowej w Japonii. Spaether: W sprawie żywienia osesków w kołach robotniczych. Köhler: Przypadek odmy urazowej. Cohn. Leczenie hetolem w miąższowem zapaleniu rogówki. Beck: Nowy przyrząd do badania widzenia. Reuschel: Najprostszy sposób hodowania beztlenowców w pożywkach płynnych. Berger: W sprawie barwienia krętka bladego. Liepmann: Wartość statystyki w sprawie szybkiego rozwiązania w rzucawce. Stubenrauch: Sposób Theilhaberowski zmniejszenia możliwości zakażenia przy operacyach w jamie brzusznej. Heller: O niewyjaśnionej chorobie gorączkowej z najwyższą dotąd spostrzeganą ciepłotą. Ebstein: Choroba cesarza Zygmunta (1400—1437).

— *Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr 25 Aschoff: Czy przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego jest warunkiem napadu ostrego? Schiefferdecker: O przypadku szczątkowej sieci wielkiej u człowieka i o znaczeniu sieci. Rosenheim: (dok. z Nr 24). Rosenberger: Wydzielanie cukru w moczu przy włóknikowem zapaleniu płuc. Kowarski; Uproszczony sposób oznaczania ilości kwasu moczowego w moczu. Riese: Operacye na pęcherzykach nasiennych. Strauss: O przedziurawieniu pęcherza przy wyskrobywaniu. Benedikt: Przyczynek do teoryi typowych chorób zwyradniających układu nerwowego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr 26. Lesser: Stanowisko dermatologii w medycynie. Oppenheim i Borchardt: Dwa przypadki skutecznie operowanych nowotworów opon rdzenia. Ewald: Białaczka bez krwi białaczkowej? Kammann: Gorączka sienna i jej leczenie surowicą. Jacoby: Leczenie trypra zapomocą przekrwienia zastoinowego. Kuttner: (dok. z Nr 25). — Wykłady ze zjazdu balneologów.

Redakcya otrzymała: Statut krajowego związku turystycznego. — Lemberger i Droba: Komentarz do VIII. wydania farmakopei austryackiej. Zeszyt 2. — W sprawie Szczawnicy. (Interpelacya posła Stapińskiego i tow. w Sejmie gal. w r. 1905).

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr. Stanisław Ciechanowski.

Spis lekarzy ordynujących w miejscach kąpielowych.

I. Zdrojowiska krajowe:

Bystra pod Bielskiem (Śląsk austr.).
Dr **Jekels Ludwik**, właściciel i kierownik Zakładu.

Cudowa (Kudowa), Śląsk górny.
Dr **Brodzki Jan**, b. asyst. prof. Leydena. kierownik zakładu dla hydro- elektro- mechanoterapii.

Iwonicz.
Dr **Damański Emanuel.**
Dr **Gabryszewski A.**, Doc. chir. Uniw. lwow., lek. zakł.
Dr **Staniszewski Julian**, b. asystent Uniw. Jag.. lek. zakł.

Jaworze (Śląsk austr.).
Dr **Czop Zygm.**, kierow. Zakł., stale od 1895 w Jaworzu.

Kosów.
lecznica fizyk.-dyetet. otwarta od Maja do końca Paździer.
Dr **Tarnawski**, właściciel i kierownik.

Krynica.
Dr **Aronsohn Julian**, („Krakus“).
Dr **Cercha Maksymilian**, („Domek Szwajcarski“).
Dr **Dębicki Klemens**, („Pod Jeleniem“).
Dr **Ebers**, radca ces., kier. c. k. Zakładu wodoleczniczego.
Dr **Kmietowicz Franciszek**, (Willa „pod Kosynierem“).
Dr **Lewicki Stanisław**, b. asyst. kliniki ginek. Uniw. lwow.
Dr **Mayer Józef**, (Łazienki borowinowe).
Dr **Wąsowicz Zygmunt**, („Pod Orłem“).
Dr **Zarzycki Emanuel**, („Witoldówka“).

Maryówka pod Lwowem, sanatoryum i zakład wodolecz.
Dr **Zakrzewski**, kierownik i właściciel Zakładu.

Morszyn. (Własność Towarzystwa lekarzy galicyjskich).

Rabka.
Dr **Cholewicz Fr.**
Dr **Lang Otokar**, lekarz okr.
Dr **Supiński Edmund**, lekarz zakładowy.

Rymanów.
Dr **Bielecki Ignacy**, lek. okręg.
Dr **Dukiet.**

Swoszowice (kąpiele mułowe, siarczane i elektryczne).
Dr **Trzciński B.**, lekarz zakładowy.

Szczawnica.
Dr **Górski Ksawery**, lekarz zakładowy (zimą w **Abacyi**).
Dr **Hammerschlag**, („pod Attylą“).
Dr **Kołączkowski J.**, kierownik Zakładu wodoleczniczego i pensyonatu („Miedziuś“), ordynuje od 26 lat.
Dr **Kruszyński Kazimierz**, radca cesarski.
Dr **Żuliński Edward**, (Willa „Alma“), zimą w **Meranie.**

Truskawiec.
Dr **G. Gittelmacher — Wilenko.**
Dr **Krzyżanowski E.**, radca cesarski, lekarz zakładowy.
Dr **Pelczar Zenon.**
Dr **Praschil Tad.**, b. asystent Uniw. lwow., lekarz zakł.

Wisła (Zakład wodoleczniczy).
Dr **Zanietowski Józef.**

Zakopane.
Dr **Lewkowicz Ksawery**, Doc. Uniw. Jag., ord. w chorobach dzieci od 1 lipca do 15 października (ul. Sienkiewicza 15).

Żegiestów.
Dr **Piotrowski Tymoteusz**, lekarz zakładowy.

II. Zdrojowiska zagraniczne:

Baden pod Wiedniem.
Dr **Kümmerling Henryk**, (lekarz-Polak), Renngasse 3.

Bad Hall (Austrya górna).
Dr **Feuerstein Leon**, b. asyst. Uniw. lw. („Villa Söllradl“).

Cieplice trenczyńskie.
Dr **Filipkiewicz S.**, lekarz zakładowy.
Dr **Wobr**, lekarz zakładowy.

Franzensbad.
Dr **Steinsberg**, (Stefanstrasse Villa „Dr Steinsberg“).
Dr **Zeitner Józef**, (Kirchenstrasse „Stadt-Paris“).

Gleichenberg.
Dr **Bulikowski St.**, (Villa „Höffinger“ VI.).

Karlsbad.
Dr **Biernacki E.**, docent Uniw. lwow., (Haus „Nizza“).
Dr **Kostecki B.**, (Haus „Weisser Hase“) zimą w **Abacyi.**

Kissingen.
Dr **Chłapowski Fr.**, radca sanitarny. Prinzregentenstr. 1.
Dr **Maciejewski J.**, („Villa Elsa“), ordynuje jak dawniej.

Kolberg (Kołobrzeg).
Dr **Weissenberg**, ord. jak corocz. w jęz. pol. (zimą w **Nervi**).

Marienbad.
Dr **Eichhorn Ferdynand**, („Dom Lissa“).
Dr **Harajewicz Władysław**, radca ces. („Villa Wahnfried“).
Dr **Kwiatkowski St. B.** („Stadt Hamburg“).
Dr **Liebeskind Józef**, („Haus Kronprinz“).

Nauheim.
Dr **Jankowski Fr.**, („Hotel Europejski“).
Dr **Łowiński.**

Oeynhausen (Westfalia).
Dr **Janta Połczyński**, specyalista w chorobach nerwowych.